
HYVÄÄ HOITOA LOPPUUN ASTI

Saattohoito-ohjeet Kostiakodin henkilökunnalle



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2014

Marja Lindholm



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Marja Lindholm	Vuosi 2014
Työn nimi	Hyvää hoitoa loppuun asti Saattohoito-ohjeet Kostiakodin henkilökunnalle	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli vahvistaa kuolevan asukkaan hoitotyön osaamista Kostiakodissa. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Pälkäneellä sijaitseva palvelutalo Kostiakoti, joka tarjoaa yksilöllisiä, vanhuksen tarpeista lähteviä palveluja. Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli laatia Kostiakodin henkilökunnalle ohjeet kuolevan asukkaan hyvän hoidon tueksi. Kostiakodin keskeisiä arvoja ovat arvokkuus, aktiivisuus, itsemääräämisoikeus, oma vastuu, ihmisläheisyys ja yksilölliset palvelut.

Saattohoidolla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen turvallista hoitoa, jossa parantumattomasti sairaalle potilaalle pyritään järjestämään mahdollisimman turvallinen, arvokas ja kivuton loppuelämä. Hyvään ja laadukkaaseen saattohoitoon kuuluu perustarpeista huolehtimisen lisäksi myös potilaan fyysisten, psyykkisten, ja hengellisten tarpeiden huomiointi. Myös omaisten huomiointi on keskeinen osa laadukasta saattohoitoa.

Työn teoriaosuudessa on käsitelty kuolevan vanhuksen hyvää hoitoa, saattohoitoa ja hoitotyötä. Tähän opinnäytetyöhön on koottu tietoa asioista, jotka tulee ottaa huomioon kuolevan vanhuksen hoitotyössä. Tärkeimpinä tiedonhaun lähteinä on käytetty jo olemassa olevaa kirjallisuudesta saatua tietoa saattohoidosta ja sen toteuttamisesta sekä iäkkään ihmisen hoitotyöstä.

Opinnäytetyössä on kartoitettu Kostiakodin työntekijöiden kokemuksia ja tarpeita kuolevan asukkaan hoidosta, ja niiden pohjalta lähdemateriaaliin perustuen on koottu ohjeet kuolevan vanhuksen saattohoitoon.

Avainsanat Saattohoito, Vanhuksen hyvä hoito, Vanhuksen hyvä kuolema

Sivut 33 s. + liitteet 13 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Marja Lindholm	Year 2014
Subject of Bachelor's thesis	Good Care to the End Hospice-guides for Kostiakoti staff	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to improve the nursing skills of staff with dying residents at Kostiakoti. The commissioner of the thesis was Kostiakoti, which is located in Pälkäne. It offers individual elderly person-centered services. The aim of this thesis was to draw up the guidelines to the medical staff to support good care of dying residents. The central values of Kostiakoti are dignity, activity, self-determination, responsibility, human proximity and personalized services.

Hospice care is the final stage of life, where a safe, dignified and pain-free care is organized for terminally ill patients. Good and high quality palliative care takes care of basic needs, but also includes patient's physical, mental, and spiritual needs. Paying attention to the closest relatives is also a key component of high quality palliative care.

The theoretical part of the thesis discusses the dying patient's high quality care, palliative care and nursing. This thesis contains information on matters to be considered in the dying patient's nursing. The most important sources of information used are in the existing literature regarding information of palliative care and its implementation, as well as nursing of elderly person.

In this thesis Kostiakoti employees' experiences were studied and the needs concerning the dying resident's care. Based on these and the source material, there has been gathered the instructions for the dying patient palliative care.

Keywords Hospice, a good treatment for elderly people, a good death of elderly people

Pages 33 p. + appendices 13 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KUOLEVAN VANHUKSEN HYVÄ HOITO	2
2.1	Saattohoito.....	3
2.2	Palliatiivinen hoito	4
2.3	Hoitoneuvottelu.....	4
2.4	Hoitotahto.....	5
2.5	Saattohoitopäätös	6
2.6	DNR	7
3	VANHUKSEN SAATTOHOITO	7
4	KUOLEVAN VANHUKSEN HOITOTYÖ	10
4.1	Hengittämiseen liittyvät oireet ja niiden hoito	11
4.2	Ravitsemus ja nesteytys	13
4.3	Erittämiseen liittyvät ongelmat ja niiden hoito	14
4.4	Iho-oireet ja niiden hoito	15
4.5	Kivun hoito.....	15
4.6	Antibioottien käyttö kuolevan hoidossa	17
4.7	Hengellinen tukeminen	17
4.8	Psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen.....	19
4.9	Omaisten kohtaaminen.....	20
4.10	Kotona loppuun saakka	21
5	LÄHESTYVÄ KUOLEMA JA VAINAJAN HOITAMINEN	21
6	HOITAJANA SAATTOHOITOTYÖSSÄ.....	23
7	TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUSTEN JA TARPEIDEN KARTOITTAMINEN...	24
7.1	Osastotunnin toteuttaminen.....	24
7.2	Kokemukset ja tarpeet.....	25
8	TOIMINTAOHJEEN KOKOAMINEN.....	25
9	POHDINTA.....	26
	LÄHTEET	30
Liite 1	YK:n Kuolevan oikeuksien julistus	
Liite 2	Vanhusten hoitoon liittyvät eettiset periaatteet	
Liite 3	Hoitotahto-lomake	
Liite 4	Saattohoito-ohjeet Kostiakotiin	

1 JOHDANTO

Saattohoito tarkoittaa kokonaisvaltaista kuolevan ihmisen yksilöllisyyden huomioon ottavaa hyvää hoitoa. Saattohoidon tavoitteena on saada kuolevalle mahdollisimman hyvä ja oireeton loppuelämä sekä lähtörauha. Tavoitteena on kuoleman kohtaaminen turvallisesti ja kivuttomasti sekä arvokkaasti ja rakkautta saaden. Yksilöllinen hoito toteutuu, kun potilasta kunnioitetaan, arvostetaan ja potilaan oikeudet ja oma tahto toteutuu. Saattohoidossa ihminen ja hänen elämänsä ovat keskipisteenä. Viimeisinä päivinä pyritään pitämään elämänlaatu mahdollisimman hyvänä sekä takaamaan niin arvokas, aktiivinen ja oireeton loppuelämä kuin mahdollista. Ihmisarvon kunnioittaminen, hyvä hoito, ihmisen itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus ovat saattohoidon eettiset arvot. Kaikilla tulee olla oikeus hyvään saattohoitoon. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 21.)

Vanhusten saattohoito on haasteellista, koska vanhusten kohdalla elämän loppuvaiheen alkaminen on hyvin vaikea määrittää. Pitkäaikaishoidossa olevat vanhukset jäävät usein ilman saattohoitopäätöstä tai päätös tehdään liian lähellä kuolemaa. Monisairaajat vanhukset eivät usein kuitenkaan tarvitse saattohoitopäätöstä vaan hoitoa, jossa olisi saattohoidollinen lähestymistapa. (Hänninen 2006, 18–19.)

Saattohoito on yhteisvastuun 2014 kotimaankohde, joten aihe on ajankohtainen. Yhteisvastuukeräyksen tavoitteena on kehittää saattohoitopalveluja Suomessa. Yhteisvastuukeräyksen varat suunnataan saattohoidon toimijoille suunnattuun ammatilliseen konsultaatiopalveluun. Saattohoitosuosituksen mukaan ammattihenkilöstön saattohoidon osaamisessa on puutteita. (Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 6.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vahvistaa hoitotyön osaamista kuolevan asukkaan hoidossa Kostiakodissa. Hoitotyön osaamista voidaan vahvistaa sisäistämällä laadukkaan saattohoidon periaatteet. Opinnäytetyön tavoitteena on koota aiheeseen liittyvää materiaalia ja työntekijöiden kokemuksiin ja tarpeisiin perustuen laatia Kostiakodin henkilökunnalle ohjeet kuolevan asukkaan hyvän hoidon tueksi. Ohjeet mahdollistavat yhtenäisen tiedon saattohoidon toteutuksesta ja käytännön toimenpiteistä kuoleman jälkeen. Opinnäytetyön punaisena lankana on vuonna 1975 YK:n julkaisema kuolevan oikeuksien julistus. Julistuksessa korostuu ihmisen arvokkuus ja oikeus hoivaan ja huolenpitoon (liite1).

Pälkäneellä sijaitseva Kostiakoti tarjoaa yksilöllisiä, vanhuksen tarpeista lähteviä palveluja. Vasta neljän vuoden ajan Kostiakoti on ollut viimeinen koti asukkaalleen, joten kuolevan asukkaan hoitotyö ja saattohoito ovat melko uusi asia Kostiakodissa. Kuolevan asukkaan hoitoon ja vainajan hoitamiseen on kaivattu yhtenäisiä ohjeita koko henkilökunnan käyttöön. Pälkäneen seudun vanhustenkotiyhdistys ry:n omistama palvelutalo Kostiakoti on perustettu vuonna 1967. Kostiakodissa on yhteensä 32 asukaspaikkaa. Tehostetun asumispalvelun osasto remontoitiin Kostiakotiin vuonna 2010, jonka jälkeen asukkaita ei enää siirretty terveyskeskuksen vuodeosastolle tai vanhainkotiin kuolemaan.

Kostiakodin toiminta-ajatus perustuu Pälkäneen kunnan vanhuspoliittiseen ohjelmaan. Kostiakoti tarjoaa yksilöllisiä, vanhuksen tarpeista lähteviä palveluita. Henkilökunta kunnioittaa vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja toteuttaa kuntouttavaa työtötta. Vanhus kohtaa yhdessä omaisten ja henkilökunnan kanssa rohkeasti vanhuuden ja kuoleman. (haastattelu, Kokkola-Ahava 29.4.2014.)

Kostiakodin arvot: arvokkuus, aktiivisuus, itsemääräämisoikeus, oma vastuu, ihmisläheisyys sekä yksilölliset palvelut.

Tässä opinnäytetyössä käytetään termejä asukas, vanhus ja potilas. Kostiakodissa käytetään termiä asukas, joten ohjeet on laadittu kuolevan asukkaan hyvän hoidon tueksi. Termejä potilas ja vanhus käytetään sen mukaan, mitä termejä lähdemateriaalissa käytetään.

Olen tehnyt hoitajan sijaisuuksia oman työni ohella Kostiakodissa muutaman vuoden ajan. Eniten olen tehnyt yövuoroja. Viime kesänä valvoin kuolevan asukkaan vierellä hänen omaisensa kanssa. Olin aiemmin kierrolla laittanut hänelle hengellistä musiikkia soimaan, vaikkakin vaikutti siltä, että hän ei enää sitä kuullut. Juuri kun Mun kanteleeni kauniimmin ensimmäiset sävelet alkoivat soimaan cd-soittimesta, asukas hengähti viimeisen kerran. Sitä hetkeä ei voi sanoin kuvata. Omaisen mukaan asukas oli aiemmin esittänyt toiveen, että juuri tämä sävelmä soitettaisiin hänen hautajaisissaan. Tämä koskettava ja mieleenpainuva kokemus vahvisti kiinnostustani saattohoitoon. Koin hyvin tärkeänä aidon läsnäolon ja tunnelman merkityksen siinä kuoleman hetkellä omaiselle. Kuolevan asukkaan silittely ja kädestä pitäminen yhdessä omaisen kanssa lähdön hetkellä teki kuolemasta hyvin kauniin ja turvallisen. Koin, että sain toimia turvallisena saattajana rajan yli.

2 KUOLEVAN VANHUksen HYVÄ HOITO

Kun ihminen kuolee vasta hyvin vanhana, hänen välittömät elämän vaiheensa ennen kuolemaa ovat toisenlaisia kuin nuorempana kuolleiden. Kun kuolema siirtyy vanhempaan ikään, koko palvelujärjestelmä muuttuu: sairaanhoito kehittyy tehokkaammaksi ja hoitoajat lyhenevät. Vanhuksen kotona asumista ja toimintakykyä pyritään tukemaan ja ylläpitämään mahdollisimman pitkään. Pitkäaikaishoidossa siirrytään vanhainkodeista palveluasumiseen. Laadukas elämän loppuvaiheen hoito on huomioitava myös vanhuspalveluissa. (Konsensuslausuma 2014, 524.)

Etenevää sairautta sairastavan vanhuksen kohdalla joudutaan miettimään, millainen hoito olisi hänen tahtonsa mukaista hyvää hoitoa, mitkä toimenpiteet parantaisivat hänen elämänlaatuaan ja mitkä vain lisäisivät kärsimystä (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008).

Kuolevalla vanhuksella voi olla hyvinkin erilaisia tarpeita ja toiveita. Hyvän kuoleman tekee mahdolliseksi se, kun riittävän ajoissa on käsitelty kuolemaan liittyviä asioita vanhuksen ja omaisten välillä sekä avoimesti keskusteltu häntä hoitavien henkilöiden kanssa. (Konsensuslausuma 2014, 526.)

2.1 Saattohoito

Suomalainen saattohoito on kehittynyt hospice-hoidosta, joka tarkoittaa vieraanvaraisuutta ja kuolevien hoitoa. ”Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä”. Hospice-hoito ideologiaa kuvaava teesi on ohjannut myös suomalaista saattohoitoa ja saattohoitokotien rakentamista. Sen historia ulottuu vuosisatojen taakse vierasmajoihin, jotka toimivat luostareiden yhteydessä. Niissä matkustaja sai levätä, pakenija olla turvassa ja kuoleva haluttiin saattaa loppuun saakka turvallisesti ja arvokkaasti. (Hänninen & Luomala 2013, 163.)

Saattohoito on lohdutusta sekä kuolevan saatavilla olemista kuoleman lähestyessä. Lohduttamisen keinoja ovat läsnäolo, koskettaminen ja puhuminen. On tärkeää, ettei kuoleva koe olevansa tuuliajolla ja yksin vaipumassa johonkin tuntemattomaan, vaan joku kannattelee kuoleman hetkellä. (Sanna Aavaluoma 2014.)

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoitamista ja hänen läheistensä tukemista (Heikkinen ym. 2004, 20–21). Kuolevan ihmisen hoitaminen tarkoittaa oireiden lievittämistä, kun parantavasta hoidosta on jo luovuttu ja sairauden etenemistä ei voi pysäyttää (Coco, Lahti, & Simola, 2011, 279). Saattohoidossa tuetaan ja hoidetaan potilasta sairauden viime vaiheessa ja lähestyvässä kuolemassa. Saattohoidon lähtökohtana pidetään etenevää ja parantumaton tauti, jota ei voida parantaa tai potilas on kieltäytynyt hoidosta ja jäljellä oleva elinikä ei ole enää pitkä. Saattohoito ajoittuu lähelle kuoleman ajankohtaa, vaikkakin ajankohdan määrittely on vaikeaa. Saattohoidon tavoitteena on potilaan kärsimyksen lievittäminen potilasta huomioiden, äärimmäisen hyvä perus- ja oirehoito, tulevaan kuolemaan valmistautuminen sekä potilaan läheisten huomioon ottaminen ja tukeminen. Saattohoidossa kuoleva saatetaan viimeiselle matkalle. (Heikkinen ym. 2004, 20–21.)

Saattohoidossa kukaan ei saa kokea olevansa hylätty. Potilaan ja perheen tulee tietää, että aktiivinen parantava hoito muuttuu oireiden lievitykseen, mikä hyödyttää potilasta eniten. Omaisia kuunnellaan ja tuetaan. Potilaan tietoisuus saattohoitopäätöksestä ja siihen osallistuminen varmistetaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78–79.)

Surakan (2014) mukaan saattohoitoa ei kannata aloittaa ellei kyseessä ole parantumaton sairaus. Saattohoidon idea lähtee siitä, että saattohoidossa oleva ihminen näkee elämänsä takaseinän, eli sairaus on syy siihen, minne hän on menossa. (Surakka 3.3.2014, haastattelu.)

Kuolema koskee jokaista ja se tulisikin nähdä luonnollisena osana elämää. Saattohoidossa käytetään sanaa kuolema, eikä puhuta pois nukkumisesta tai ikuisesta unesta. Avoin ja rehellinen suhtautuminen, sekä kuolemasta puhuminen helpottaa potilasta, hänen omaisiaan ja hoitohenkilökuntaa elämän päätösvalihevsa. Saattohoidossa pitäisi potilaalla ja omaisilla olla tuntemus siitä, että kuolemassa siirrytään hyvästä ja ihmisarvoisesta elämästä lepoon, oman vakaumuksen mukaisesti juhlista kotiin. (Pajunen 2013, 11–13.)

Saattohoidossa yhteistyö on tärkeää hoitohenkilökunnan, potilaan ja hänen läheistensä välillä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea kaikin mahdollisin keinoin potilasta, hänen omaisiaan ja muita läheisiään. (Heikkinen ym. 2004, 21.)

2.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairautta ei voi parantaa eikä elämän pidentyminen ole enää hoidon ainoa päämäärä. Se on oireenmukaista, tuskaa vähentävää ja helpottavaa hoitoa. Sille on keskeistä kivun sekä muiden oireiden lievitys ja samalla myös psykologisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja elämänskatsomuksellisiin asioihin paneutuminen. (Heikkinen ym. 2004, 17–19; Ikonen 2013, 260.)

Sana palliatus on latinaa ja tarkoittaa viittaaan peitettyä, suojaa niille ihmisille, joita ei ole pystytty auttamaan parantavilla menetelmillä (Pelkonen 2013, 28). Palliatiivinen hoito on elämää tukeva, johon kuolema kuuluu normaalina prosessina. Potilaan omat toiveet, niiden huomioiminen ja omaisten kuuleminen ovat palliatiivisen hoidon lähtökohtia. Palliatiivinen hoito on saattohoitoa laajempaa ja se sijoittuu potilaan aktiivisen hoidon ja saattohoidon välimaastoon. (Heikkinen ym. 2004, 17–19; Ikonen 2013, 260.)

2.3 Hoitoneuvottelu

Hoitoneuvotteluun osallistuu potilasta hoitavat lääkärit, hoitajat ja potilas. Myös omaiset voivat olla läsnä potilaan niin toivoessa. Hoitoneuvottelussa kuullaan potilaan toiveita ja tarpeita, esimerkiksi hoitoon tai hoitopaikkaan liittyvät. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 113.) Tarpeet ja toiveet tulee huomioida hoidossa (Konsensuslausuma 2014, 526). Potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa peloistaan ja kuolemaan liittyvistä ajatuksistaan. Sairauden tila käydään potilaan kanssa läpi. Lääkäri päättää hoitolinjauksista yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitopäätösten tiedot tulee olla kaikkien potilasta hoitavien saatavilla. (Kokkonen ym. 2004, 113.)

Hoitolinjan ratkaisuihin on syytä potilaalle ja hänen läheisilleen korostaa, että esimerkiksi päätös pidättäytyä elvytyksestä tai tehohoidosta tarkoittaa hoitamisen tavoitteiden, keinojen ja painopisteen siirtämistä hyvinvoinnista huolehtimiseen eikä hoidon huonontamista tai sen lopettamista. Vointia ylläpitävää ja oireita lievittävää hoitoa jatketaan ja tehostetaan, mutta kärsimystä lisäävistä ja turhista hoidoista luovutaan, koska siten voidaan potilasta hoitaa hänelle parhaalla tavalla. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Kirjallisuudessa käytetty ”sallitaan luonnollinen kuolema” ilmaisua on myös käytetty hoitolinjauksen ilmaisuna. Juuri tästä on ehkä kyse vaikeasti dementoituneen tai monisairaana vanhuksen loppuvaiheen hoidossa. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Hoitoneuvottelussa olisi hyvä sopia potilaan aikana, miten hänen vointinsa huononemisesta tai kuolemasta ilmoitetaan omaisille. Potilas voi omaisten tulevan yölläkin, jos kuntoni heikkenee. Hän voi myös toivoa, ettei hänen kuolemastaan ilmoiteta keskellä yötä. Potilaan omannäköinen toive tällöin toteutuu. Potilaalle voi merkitä paljon, että hänelle tärkeät ihmiset tai oma lemmikkieläin ovat lähellä. (Surakka, haastattelu 3.3.2014.)

2.4 Hoitotahto

Hoitotahdolla tarkoitetaan henkilön itsensä ennalta antamia ohjeita elämän loppuvaiheen hoitoon. Sen voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti sellaisen tilanteen varalle, että hän ei pysty enää itse käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. (Konsensuslausuma 2014, 526.) Hän ei kykene esimerkiksi vanhuudenheikkouden tai tajuttomuuden vuoksi ilmaisemaan tahtoaan siitä, miten häntä hoidetaan. Hoitotahdossa mahdollistetaan erilaiset toiveet hoidon suhteen tai myös kieltäytyminen joistakin hoitotoimenpiteistä. Monet haluavat vapautua hoidoista silloin kun uskovat, etteivät ne enää hyödyttäisi heitä itseään, mutta aiheuttaisivat ahdistusta, kärsimystä ja turhia kustannuksia omaisille. (Kokkonen ym. 2004, 77–78.)

Hoitotahdon voi laatia kuka tahansa. Se kannattaa tehdä mahdollisimman hyvissä ajoin vailla tunnekuohuja. Hoitotahdon sisältö kannattaa myös harkita mahdollisimman perusteellisesti. Hoitotahto tarjoaa parhaimmillaan turvan potilaalle ja hänen omaisilleen sekä häntä hoitaville henkilöille. (Kokkonen ym. 2004, 80.) Hoitotahto voidaan tehdä vapaamuotoisena tai käyttää esimerkiksi Muisti-liiton mallilomaketta tai Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, eli THL:n mallilomaketta. (Konsensuslausuma 2014, 526.)

Henkilökuntaa sitoo hoitotahdossa ilmaistu kieltäytyminen tutkimuksista ja hoidoista, paitsi jos voidaan epäillä henkilön tahdon muuttuneen. Hoitotahdossa voidaan myös määritellä, kenelle voidaan luovuttaa tietoja. Hoitotahtoa on aika ajoin arvioitava uudelleen ja sen voi myös muuttaa tai peruuttaa. (Konsensuslausuma 2014, 526.)

Tällä hetkellä vain harva suomalainen on laatinut kirjallisen hoitotahdon. Siltikin moni kotona asuva vanhus toivoo, että voisi keskustella hoitotoiveistaan etukäteen omaistensa tai lääkärin kanssa. Yli puolet hoitotahdon tehneistä vanhuksista kertoo tehneensä sen ainoastaan helpottaakseen omaisten asemaa hoitoratkaisuissa ja vain neljännes voidakseen itse osallistua hoitopäätösten tekoon. (Konsensuslausuma 2014, 526).

Tutkimusten mukaan suurin este vanhusten hoitotahdon laatimiseen on se, että he kokevat vaikeaksi arvioida muutoksia ja tilanteita, mitkä liittyvät heidän terveydentilaansa. Vanhukset eivät myöskään halua ajatella asioita seikkaperäisesti eteenpäin, koska elämän loppuvaiheen asiat eivät kaikkien mielestä ole ihmisten päätettävissä. Kaikille kansalaisille olisi hyvä jakaa yleistä tietoa hoitotahdon mahdollisuudesta ja jokainen potilas voikin ensi syksystä 2014 alkaen kirjata hoitotahtonsa kansalliseen sähköiseen terveysarkistoon. (Konsensuslausuma 2014, 526).

Kun uusi asukas saapuu hoito- tai vanhainkotiin, olisi heti alkuun hyvä keskustella asukkaana ja hänen omaisensa kanssa hoitotahdon mahdollisuudesta. Hoitajan itselleen tekemä hoitotahto esimerkkinä madaltaa kynnystä ehdottaa hoitotahdon tekemistä. (Surakka, haastattelu 3.3.2014.) Vanhuksia tulee rohkaista tekemään tai ilmaisemaan hoitotahto (Konsensuslausuma 2014, 525).

2.5 Saattohoitopäätös

Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös ja siitä päätetään yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai hänen edustajansa ja lääkärin kanssa. Saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelut ja tieto siitä, että sairaus ei ole parannettavissa. Hoitoneuvotteluissa käsitellään potilaan sairauteen liittyvät asiat ja tehdään hoitoon liittyvät päätökset. Saattohoitopäätöksen myötä siirrytään parantavasta hoidosta oireiden mukaiseen hoitoon. Elämää pitkittävät hoidot lopetetaan ja hoitopäätökset tehdään yksilöllisesti, potilaan tarpeet huomioiden. (Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003.)

Saattohoitopäätös mahdollistaa potilaan hoidon arvioimisen ja sen suuntaamisen uudelleen ja sillä asetetaan potilaan hoidon tavoitteet yksilöllisesti. Saattohoitopäätöksellä potilas voi välttää hylätyksi tulemisentunteen, pohtia omaa kärsimystään ja tulevaa kuolemaansa sekä surra sitä. Potilaan omaisille hoitolinjan selkiytyminen mahdollistaa oman surutyön tekemisenkäsittelyn läheisen ihmisen lähestyvistä kuolemasta. (Hänninen & Anttonen 2008, 25.)

2.6 DNR

DNR-päätös eli do not resuscitate tarkoittaa elvyttämättä jättämistä. Se on suppea osa laajaa hoitolinjamäärittelyä. Päätöksellä rajataan paineluehdytyksestä ja sydämen sähköisestä tahdistuksesta luopumista sydämen toiminnan pysähtymisestä. (vanhuus ja hoidon etiikka 2008.) Potilaalla saattaa olla sellainen vaihe sairautensa, että selviytymismahdollisuudet sydämenpysähdyksestä ovat erittäin huonot tai sairaus tai sairaudet ovat edenneet siihen vaiheeseen, että kuolema on odotettavissa. Tällä päätöksellä pystytään rajaamaan, miten aktiivista hoitoa toteutetaan. DNR -päätös merkitään potilaan asiakirjoihin ja sen sisältö määritellään tarkasti, ja sen tulee olla kaikkien hoitoon osallistujien tiedossa. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 17–18.)

Kun luovutaan elämää ylläpitävistä hoidoista, tarkoittaa se laajempaa hoitojen rajaamista. Yleisenä linjana se tarkoittaa luopumista kaikista elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista, esimerkiksi antibioottihoito, nesteytys, suonensisäinen ravitus, hengityslaitehoito, sydämen tahdistaminen tai dialyysihoito. Jos luovutaan elämää ylläpitävistä hoidoista, näiden elintoimintojen seuraamista monitoreilla tai verikokeilla ei myöskään tarvita. Linjaus sopii käytettäväksi kuoleman välittömässä läheisyydessä. Potilasasiakirjoihin on täsmennettävä, perusteltava ja kirjattava hoidoista luopumisen syyt. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

3 VANHUUKSEN SAATTOHOITO

Tilastokeskuksen mukaan Suomessa asui vuonna 2006 noin 870 000 65-vuotiaasta ja vuonna 2030 heitä on arvioitu olevan noin jopa 1,4 miljoonaa. Yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa nopeasti. Vuonna 2006 heitä oli 94 000 ja vuonna 2030 ennusteen mukaan heitä on 220 000. Ihmisistä yli 60 % kuolee 75 ikävuoden jälkeen. Pidentynyt elinikä merkitsee hyvinvoinnin kohentumista ja enemmän terveitä elinvuosia. Vanhusväestön kasvu kuitenkin kuormittaa hoitolaitoksia, koska vanhetessa sairastumisen ja vammautumisen riski kasvaa. Myös psyykinen ja fyysinen toimintakyky heikkenee. Nämä aiheuttavat hoidon tarpeen kasvamista vanhusväestössä. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.) Tämän vuoksi saattohoidon merkitys pitkäaikaishoidossa korostuu.

Vanhusten yleisin kuolinpaikka on terveyskeskus, jossa kuolee lähes joka toinen. Useat siirtymät eri hoitopaikkojen tai kodin ja hoitopaikan välillä ovat tavallisia kuolemaa edeltävinä kuukausina. Vanhuksella tulisi olla oikeus kuolla pysyvässä hoitopaikassa. Elämän loppuvaiheessa tulee välttää tarpeettomia siirtoja hoitopaikkojen välillä. (Konsensuslausuma 2014, 524, 530.)

Surakan (2014) mielestä vanhan ihmisen kohdalla voidaan vasta silloin puhua saattohoidosta, kun on jouduttu vuodepotilaaksi ja tajunnan taso on alkanut laskemaan. Ihminen ei ole enää tässä hetkessä, ja silloin puhutaan enää päivistä.

Omaisille voidaan vasta tässä tilanteessa puhua saattohoito-vaiheesta. (Surakka 3.3.2014, haastattelu.)

Aavaluoman (2014) mukaan saattohoitoon siirrytään myös silloin, kun vanhuksen liikuntakyky alenee, kiinnostus ruokaan vähenee ja hän joutuu vuodepotilaaksi. Samoin tietoisuuden lasku, sosiaalinen vetäytyminen, puheet kuolemasta, virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyys ovat saattohoitoon siirtymisen syitä. Lisääntyneet kivut ja muut oireet myös vaikuttavat saattohoitoon siirtymiseen. (Muistisairaana saattohoito-koulutus 2014.)

Iäkkään ihmisen saattohoidon ei tulisi olla jotain, jota sovelletaan vasta, kun asiasta on tehty erillinen päätös. Hoito on vanhusten kohdalla jatkumo eriasteisia päätöksiä pidättäytyä rasittavista tutkimuksista ja hoidoista sairauden kaikissa vaiheissa. Kuolevaltakaan ei tule kuitenkaan kieltää hoitoja, mikäli ne hänen kokonaistilanteeseensa nähden ovat perusteltuja. Toisaalta hauras vanhus tulee säästää paksunsuolen tähytykseltä, vaikka epäillään pahanlaatuista kasvainta. (Pitkälä 2004, 29.)

Iäkkään ihmisen kuolema katsotaan alkaneeksi, kun voimat hiljalleen hiipuvat. Iäkkäiden ihmisten kohdalla yleisimmät syyt saattohoitoon siirtymiselle ovat liikuntakyvyn heikkeneminen, virtsa tai ulosteen pidätyskyvyttömyys, ruokahalun väheneminen, vuodepotilaaksi joutuminen, tietoisuuden lasku, sosiaalinen eristäytyminen, puheet kuolemasta, kivun ja muiden oireiden lisääntyminen sekä tieto kuolemaan johtavasta sairaudesta. (Hänninen 2006, 18–19.)

Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille. Dementia ja korkea ikä eivät ole oireita lievittävän hoidon esteitä (Käypä hoito 2012). Kun parantamisen keinot vähenevät, oireiden hoito tulee tärkeimmäksi, ja lopuksi kuoleman kynnyksellä aloitetaan saattohoito. Jokainen kuoleman prosessi on erilainen, eikä Tuonelaan aina astuta vaiheittain palliatiivisen oirehoidon ja saattohoidon kautta. Pitkäaikaishoidossa moni vanhus hiipii hiljaa kuoleman syliin, ilman erityisiä hoitopäätöksiä. (Pelkonen 2013, 28.)

Kuolemissa ajankohdan määrittely on vaikeaa. Erityisesti tilanne on pulmallinen silloin, kun monisairas vanhus liukuu hiljalleen pois elävien maailmasta. Ympäristö tottuu iäkkään ihmisen hauraaseen olemukseen. Häneen ei reagoida samalla tavalla kuin esimerkiksi kuolevaan syöpäpotilaaseen. (Molander & Peräkylä 2000, 1–59.) Heillä on monenlaisia oireita ja heidän elinaikaansa on lähes mahdotonta ennustaa. Moni vaikeasti dementoitunut kuihtuu hiljalleen vuodepotilaaksi, ja tämä vaihe voi kestää jopa vuosia. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 472.)

Vanhukset saattavat joutua harhailemaan elämän ja kuoleman hämärässä välimaastossa. Saattohoitopäätös jää tekemättä, ja kuolevan oikeus kuolemaa edeltävään laatu-aikaan saattaa jäädä täyttymättä. Huonokuntoisten vanhusten hoidossa tulisi tunnistaa siirtyminen kuolemaa edeltävään vaiheeseen ja tehdä saattohoitopäätös aina, kun se on mahdollista. (Molander & Peräkylä 2000, Pitkälä 2004, 29.)

Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille. Dementia ja korkea ikä eivät ole oireita lievittävän hoidon esteitä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Aavaluoman (2014) mukaan hitaasti hiipuvat monisairaat vanhukset tarvitsevat erityisen saattohoidon sijaan ainoastaan hyvää hoitoa, jonka antajilla on saattohoidollinen lähestymistapa hoitoon. (Muistisairaana saattohoito-koulutus 2014.)

Dementiapotilaalla saattohoito alkaa jo diagnoosista (Hänninen 2006, 18–19). Jos dementiapotilas on ehtinyt laatia hoitotahtdon tai muuten selkeästi ilmaissut toiveensa läheisilleen loppuvaiheen hoidoista ennen sairastumistaan, on hyvä keskustella etukäteen läheisten kanssa hoitotahtdon merkityksestä esimerkiksi äkillisessä sydänpysähdyksessä tai hengityskonehoitoa vaativassa vaikeassa keuhkokuumeessa. Näiden keskustelujen sisältö kirjataan sairauskertomukseen. Jos dementiapotilas ei ole laatinut hoitotahtoa tai muuten ilmaissut toiveitaan oman loppuelämän hoidoista, lääkäri on vastuussa hoitojen suunnittelusta ja arvioinnista. Lääkärin on hyvä keskustella omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa potilaan tilanteesta päätöksenteon pohjaksi. Keskustelujen tarkoitus on saada tietoa, mikä olisi potilaan oma mielipide tässä tilanteessa ja mikä olisi potilaan kokonaisedun mukaista hoitoa. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 86.)

Dementoitunut potilas on voinut ilmaista hoitotahtonsa jo silloin, kun hän vielä täysin kykeni tiedostamaan tahtonsa seuraukset. Täten hänen omaa tahtoaan on kunnioitettava, ellei olla täysin varmoja, että hänen tahtonsa on muuttunut. Erityisesti vanhusten ja dementoituneiden omaiset pyrkivät päättämään potilaan puolesta, vaikka tämä vielä itse kykenee ilmaisemaan tahtonsa. (Kokkonen ym. 2004, 82.)

Penttinen (2004, 35–37) kirjoittaa omakohtaisia kokemuksiaan dementoituneen äitinsä saattohoidosta laitoksessa. Hänelle tai hänen isälleen ei ollut selvästi sanottu, eikä potilaspapereihin merkitty, että hänen äidilleen oli aloitettu saattohoito ja hän kuolee todennäköisesti muutamassa päivässä.

Dementoituneen potilaan määrittäminen saattohoitopotilaaksi tulee tehdä harkiten. Dementoituneen tila saattaa heikentyä infektion tai mahdollisen aivoverenkiertohäiriön takia, joista potilas toipune. Ravinnon ja nesteen saanti tulee varmistaa niin kauan, kunnes ollaan varmoja siitä, ettei tilanne enää korjaannu. (Tilvis ym. 2010, 472.)

Saattohoidon sijaan pitäisi puhua hyvästä oireenmukaisesta hoidosta, jota lisätään asteittain jo ennen kuin kuolema on näköpiirissä (Tilvis ym. 2010, 472). Siihen kuuluu kaikkien oireiden lievittäminen, kunnioituksen ja arvostuksen osoittaminen, rauhallinen ja lempeä koskettaminen ja hyvä perushoito (Aavaluoma, koulutus 2014.)

Potilaan kyky tuntea kosketusta säilyy. Hän erottaa hellän kosketuksen kovakouraisesta käsittelystä. Erityisesti dementoituneita potilaita hoitaessaan hoitajan olisi käytettävä lempeitä ja rauhallisia otteita, puhuttava rauhoittavalla äänellä ja pidettävä yllä katsekontaktia. Näin läsnäolo ja välittäminen viestittyy potilaalle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 117.)

Puhe- ja liikuntakykynsä menettäneen dementiapotilaan elinaikaa on mahdotonta arvioida, hän voi kuolla hyvinkin nopeasti tai elää vuosia. Hoitolinjaa arvioitaessa on kuitenkin pohdittava, mikä tuo eniten hyötyä ja hyvinvointia. (Vanhus ja hoidon etiikka 2008).

Dementiapotilaan tarpeet saattavat jäädä huomioimatta, jos sairastunutta pidetään jo lähes kuolleena. Ratkaisevinta kuolevan dementiapotilaan hoidossa on potilaan lääketieteellinen tila, perheen toiveet ja henkilökunnan tulkinta hänen elämänlaadusta (Sanna Aavaluoma 2014.) Kukaan ei kuitenkaan pysty määrittelemään tällaisen vanhuksen elämänlaatua tai -arvoa (Tilvis ym. 2010, 472). Vanhus- ja dementiapotilaita tulee hoitaa samoja palliatiivisen hoidon periaatteita noudattaen kuin nuorempia potilaita (Käypä hoito -suositus 2008).

4 KUOLEVAN VANHUKSEN HOITOTYÖ

Vanhuus ei ole sairaus, mutta kuolema on kuitenkin väistämätön. Kaikki elolliset olennot syntyvät, kehittyvät, lisääntyvät, rappeutuvat ja kuolevat niille ominaisen elämänkaaren mukaan. Tämä koskee myös ihmistä. Kudokset ovat vanhetessaan yhä enemmän alttiina monille vanhuuteen liittyville kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonitauksille, aivohalvauksille, dementialle ja syövälle. Siltikin kaikkien näiden sairauksien eliminointi toisi tilastojen mukaan vain noin 15 vuotta odotettavissa olevaa elinaikaa lisää. (Konsensuslausuma 2014, 524).

Suuri osa iäkkäistä suomalaisista kuolee vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Kuolemaa ei näissä hoitopaikoissa pidetä mitenkään dramaattisena vaan odotettuna tapahtumana. Pitkäaikaislaitoksissa potilaat ovat usein dementoituneita, eli henkilöiden useat älylliset toiminnot ja aivotoiminnot ovat heikentyneet rajoittaen hänen sosiaalista selviytymistään. Pitkäaikaislaitoksissa on myös muita kuolemaan johtavia sairauksia, joiden ennuste vaihtelee ja sitä on vaikea määritellä. Käytännössä voidaan sanoa, että pitkäaikaispotilaat tekevät hidasta kuolemaa jopa vuosia. (Tilvis ym. 2010, 472.)

Jos kuolinsyynä on vanhuudesta johtuva HRO hauraus-raihnausoireyhtymä, joka tarkoittaa biologiseen ikääntymiseen liittyvää yleistä terveydentilan heikkeyttämistä, tai pitkäaikainen sairaus, hoito on saattanut kestää jopa vuosia. Hoito voi olla myös lyhytaikaista, jos esimerkiksi vakava sairauskohtaus on kuolinsyynä. (Coco ym. 2011, 279.) HRO heikentää elimistön stressinsietokykyä, mikä lisää muun muassa vajaatoimintojen ja kuoleman riskiä. Stressinsieteen heikentymiseen vaikuttaa useiden elinjärjestelmien varojen vähentyminen. Elinjärjestelmillä tarkoitetaan tässä lihaksistoa, luustoa, verenkiertoa sekä hormoni- ja immuunijärjestelmää. Ihminen kuolee, kun elimistön rakenteiden ja toimintojen heikkeneminen etenee riittävän pitkälle. (Konsensuslausuma 2014, 524–525.)

ETENE:n raportti (2008) sisältää vanhusten hoitoon liittyviä eettisiä periaatteita. Raportissa tarkastellaan vanhenemisessa vaihetta, jolloin toimintakyvyn hei-

kennyttyä ihminen tarvitsee yhä enemmän toisten apua, sekä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (liite 2).

Kuolevien ihmisten liikunta- ja toimintakyky on usein heikentynyt ja heillä esiintyy runsaasti erilaisia fyysisiä perushoidollisia oireita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17). Perushoidon tulee olla äärimmäisen hyvää ja siitä ei pidä tinkiä (Surakka, haastattelu 3.3.2014).

Hygieniasta huolehtimalla hoitaja voi osoittaa välittävänsä potilaasta ja tuo samalla mielihyvää. Hoitaja on erittäin lähellä potilasta, kun hän koskettaa, pesee ja kuivaa potilasta. Koskettamisen tapa viestii välittämistä. Ihon kuntoa pitää tarkkailla pesujen aikana. Hyvään perushoitoon kuuluu myös liike- ja asento-hoidot, joiden avulla helpotetaan potilaan kipuja ja ehkäistään painehaavaumien syntyä. Potilaan elämänlaatu lisääntyy. (Saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011–2012.)

4.1 Hengittämiseen liittyvät oireet ja niiden hoito

Moni kokee hengenahdistusta vaikean sairauden loppuvaiheessa. Siitä kärsii viimeisen elinvuoden aikana noin 60 % sydämen vajaatoimintaa ja 94 % keuhko-kohtaumatautia sairastavista potilaista. Hengenahdistus huonontaa elämänlaatua vaikeuttaessaan selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista. Se kuluttaa henkisiä voimavaroja ja herättää pelkoa, jos hoidosta ei ole tietoa. Sekä potilas että hänen omaisensa tuntevat voimattomuutta hengenahdistuksen edessä. Hengenahdistukseen saattaa liittyä myös henkinen ahdistuneisuus, joka puolestaan lisää hengenahdistusta. Hätääntymistä seuraa lisääntyvä hapenkulutus, ja täten henkisen ja hengenahdistuksen noidankehä on valmis. (Pöyhä, Tasmuth & Reinikainen 2014, 113–114.)

Hengenahdistus koetaan epämiellyttävänä, hengittämiseen liittyvänä tunteena. Sitä kuvaa parhaiten sanat ilman loppuminen, lisääntynyt hengitystyö, tukehtumisen tunne tai rintakehän kireys. Hengitystyö saattaa lisääntyä, kun ilma ei kulje hengitysteitä pitkin normaalisti. Uloshengitysvaikeus seuraa usein keuhkoputkien ahtaudesta. Sisäänhengitysvaikeus taas on seurausta kurkun tai henkitorven ahtaudesta. Keuhkojen nestelasti tuntuu yleisenä hengityksen raskaute-
na. On tärkeää selvittää liittyykö hengenahdistus kipuun, raskautukseen, makuu-asentoon vai paniikin tunteeseen ja pelkoon. (Hänninen & Luomala 2013, 136–138.)

Hengenahdistus aiheuttaa hätäännystä ja hätääntyminen lisää ahdistusta. Sekä potilas että omaiset kärsivät tilanteesta. Onneksi harvoin on kyse tilanteesta, jossa hengitystiet menisivät tukkoon. Rauhoittavat lääkkeet, esimerkiksi Diam ja Temesta auttavat. Lääkkeettömät keinot ovat rauhallisena pysyminen, hartioiden rentoutus ja rauhallinen hengittäminen. Hengenahdistus liittyy harvoin hapen puutteeseen, joten happilisa auttaa vain joissakin tilanteissa. (Hänninen 2012, 35.) Hapesta on hyötyä, jos potilaalla on hapenpuutetta. Se selviää

happisaturaatiomittarilla sormen päästä otettuna. (Lehto 2013, 139–140.) Hapen antamisella on merkitystä psyykkisenä tukihoitona. Hapen sijaan on mahdollista käyttää myös kasvoihin suunnattua tuuletinta. (Vanhus potilaana.)

Yleisimmät syyt hengenahdistukseen ovat pelko, sydämen vajaatoiminta, tulehdukset, astma ja syöpä. Jos taustalla on hengitystiekasvain vaikeuttamassa hengittämistä, sädehoito saattaa auttaa. Keuhkopussiin kerääntyneen nesteen poistamiseen punktoiminen tuottaa välitöntä apua. Jos edellä mainitut keinot eivät auta, paras lääke on morfiini. Morfiini ja opioidit lievittävät kipua sekä myös hengenahdistusta. Ne vähentävät hengenahdistuksen tunnetta ja laskevat hengitystiheyttä. Tarvittava annos on pienempi kuin kivun hoidossa. (Hänninen 2012, 34–35.) Hengenahdistusoireen lievittämiseen käytetyt tarvittavat annokset eivät aiheuta hengityslamaa, jota suotta usein pelätään (Lehto 2013, 137).

Hengenahdistusta pystytään lievittämään vielä viimeisinäkin elinpäivinä. Kun ihminen on kuolemassa, hengitys hiipuu ja uneliaisuus lisääntyy. Jos potilas ei pysty enää nielemään, hengenahdistusta helpottavaa lääkettä on mahdollisuus annostella suoneen tai ihon alle. Asentohoidolla voidaan myös helpottaa oloa. Potilas asetetaan vuoteessa puoli-istuvaan asentoon tai kylkiasentoon, missä huonommin hengittävä keuhko on alaspäin. Ilmavirran suuntaaminen kasvoille helpottaa oloa. Viimeinen keino lieventää tukehtumisen tunnetta on kuolemaisillaan olevan potilaan niin toivoessa, nukuttaa hänet lääkkeillä uneen. (Lehto 2013, 140–141.)

Yskä ja limaisuus lisääntyvät elimistön toiminnan heikkenemisen ja pitkällisen vuodelevon seurauksena. Huoneilman kostutus, höyryhengitys, sekä yskänärsytystä ja liman eritystä lievitettävät lääkkeet helpottavat oloa. Jos yskiminen tuottaa kipua, annetaan kipulääkettä. Liman imemistä vältetään. (Coco ym. 2011, 282.) Etenkin huonokuntoiset potilaat, lapset ja vanhukset rasittuvat liman imemisestä herkästi (Kassara, Palokoski, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 190–191.)

Hengitysteihin kertyvää limaa voidaan jossain määrin vähentää lääkityksellä. Antibiootit helpottavat oloa, kun kyseessä on infektio. Astmalääkkeiden merkitys korostuu ainoastaan hengenahdistuksen liittyessä keuhkoputkien supistumiseen. Yskänlääkkeet eivät juurikaan auta. (Hänninen 2012, 35.)

Tunne suun kuivuudesta liittyy usein syljen tuotannon vähenemiseen (Käypä hoito -suositus 2012.) Siitä johtuva kuivuus yleistyy sairauksien, lääkkeiden käytön ja iän mukana. Tavallisimpia suun kuivumisen syitä ovat liian vähäinen nautitun nesteen määrä ja syljeneritystä vähentävät lääkkeet, kuten esimerkiksi verenpainelääkkeet, psyykenlääkkeet ja kipulääkkeet. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 170.) Kivun hoitoon käytetyt opioidit lisäävät suun kuivumista, mikä taas lisää kipua ja tarvetta kipulääkityksen lisäämiseen (Hänninen 2001, 113). Suun kuivuminen voi aiheutua myös sädehoidosta, limakalvomuutoksista, infektiosta, kuumeesta tai suun kautta hengittämisestä. Suun kuivuminen aiheuttaa pahanhajuista hengitystä, makuaistin muuttumista, haavaisuutta, kipua sekä syljenerityksen vähenemistä. Nämä kaikki vaikeuttavat potilaan ravinnon ja nesteen saantia. (Heikkinen ym. 2004, 64–65.)

Suun hoidossa päämääränä on vähentää kipua ja kosteuttaa suuta infektioiden välttämiseksi sekä epämukavan tunteen vähentämiseksi. Kivun vähentyminen helpottaa syömistä. Suun kuivuminen ja kipu ovat yleisiä oireita. Luultavasti jokainen kuoleva potilas kokee suun kuivumisen ongelmaksi. (Hänninen 2001, 113.) Suun kuivumista lievitetään suun säännöllisellä puhdistamisella. Oireita helpotetaan kosteuttavilla geeleillä, keinosylkivalmisteilla sekä pienillä neste- ja ravintomäärillä. (Heikkinen ym. 2004, 64–65.)

Jos potilas ei kykene enää syömään tai juomaan, hänen suuhygieniastaan tulee pitää erityistä huolta (Vanhus potilaana). Kuivan suun voitelemisen ruokaöljyllä liukastaa suuta ja estää kielen takertumisen kitalakeen. Irtoproteesin pintaa sivellään geelillä ennen sen asettamista paikalleen. (Mustajoki ym. 2010, 171.) Suun limakalvojen sieni-infektio voi myös ilmetä suun kuivuuden tunteena (Käypä hoito -suositus 2012). Antimikrobiset geelit sopivat pitkäaikaisvuodepotilaille, jotka kärsivät suun haavaumista, aftoista, kielikivusta tai muista kuivan suun yleisistä oireista (Mustajoki ym. 2010, 171.)

4.2 Ravitseminen ja nesteytys

Nieleminen vaikeutuu kuoleman lähestyessä. Nielemisvaikeuksia aiheuttaa esimerkiksi kuiva suu, lihasheikkous, infektiot ja kipu. Ruoka olisi hyvä tarjota liemimuodossa ja juomat sakeutettuna. Omaisille on tärkeää selvittää ravinnon ja nesteen saannin hyödyt vanhukselle, kun elinaikaa on enää vähän jäljellä. On hyvä korostaa sitä, että nieleminen saattaa aiheuttaa vanhukselle niin suurta ponnistusta, että se ylittää syömisestä saadun nautinnon ja hyödyn. (Hänninen 2001, 113–114.)

Dementoituneen potilaan nielemisvaikeudet saattavat johtua aivojen rappeutumisesta ja siihen liittyvästä hermosolukadosta, jolloin nielemiskyky heikkenee asteittain. Nesteitä ja ruokaa on annettava varoen, sillä ruoka saattaa mennä henkitorveen ja keuhkoihin, mikä voi aiheuttaa keuhkokuumeen. Aspiraatiosta johtuva keuhkokuume on tavallinen kuolinsyy dementiaapotilaalla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 118.)

Saattohoitopotilaiden kuolinsyy ei ole ainoastaan ravitsemuksen puute. Tämän vuoksi ravitsemushoito ei juuri muuta ennustetta. Ravitsemushoidosta saattaa hyötyä ainoastaan aliravitut ja tiettyjä sytostaattihoitoja saavat potilaat. Ravitsemushoitoa mietittäessä on ensin selvitettävä, kuoleeko potilas nälkään vai tautiin. (Hänninen 2006, 62–63.)

Television Ylen suora linja-ohjelmassa 7.1.2014 tiedusteltiin, milloin ja miksi kuolevan potilaan nesteytys lopetetaan. Saattohoitokoti Terhokodin johtaja, lääkäri Juha Hänninen mukaan kuolevan potilaan nesteytyksestä pidättäytyminen johtuu siitä, ettei elimistö ota enää vastaan eikä käytä energiaa hyväkseen. Juha Hänninen mukaan on eri asia, jos ravinnon anto lopetetaan vanhukselta tai keltä tahansa, joka siitä hyötyisi. Nielemisvaikeus ei tietenkään ole syy jättää

ravintoa tai nesteitä antamatta, eikä resurssipula. (Hänninen, haastattelu 7.1.2014.)

Kuolevan tahtoa pitäisi kunnioittaa, jos hän ei jaksakaan syödä tai juoda, joten syötävää ei pidä tuputtaa. Käytännössä on osoitettu, että potilasta ja omaista lohduttaa lääkärin selkeä viesti, ei tarvitse syödä tai juoda yhtään enempää kuin jaksaa. Omaisia helpottaa tieto, ettei pakkonesteytyksellä tai ruokinnalla voi vaikuttaa elämän pituuteen. Omaisille on hyvä myös kertoa että, luonnollisen kuoleman lähestyessä hiipuu myös ruokahalu. Ruokahaluttomuus ja voimien väheneminen ovat etenevän sairauden merkkejä. (Pöyhiä 2013, 132.)

Omaista huolettaa, että potilas kuolee, kun hän ei syö. Omaiselle voi tällöin kertoa, että potilas ei syö koska kuolee. (Heikkinen ym. 2004, 67–68.) Kuolemaa edeltävä kuivuminen ilmeisesti helpottaa kuolemista (Grönlund & Huhtinen 2011, 114). Penttinen (2004) kirjoittaa kirjassaan, miten hänen dementoituneen äitinsä nestehoito oli lopetettu omaisille mitään ilmoittamatta. Nestehoidon lopettamisesta ei kukaan tuntunut olevan vastuussa. Penttisen mielestä nesteytyksestä luopumisessa on kyse aktiivisesta eutanasiasta.

Eutanasia on ennen tarkoittanut kuolevan hoitamista siten, että hän voisi elää viimeiset hetkensä mahdollisimman rauhallisesti, tuskitta ja kivutta. Nykypäivinä eutanasialla tarkoitetaan pyynnöstä surmaamista, eli eutanasian käsite on muuttunut ajan saatossa. (Pälve 2013, 211.)

4.3 Erittämiseen liittyvät ongelmat ja niiden hoito

Ummetus on monen vanhuksen yleinen vaiva. Ummetuksella tarkoitetaan harventunutta suolen toimintaa. Siihen liittyy ulostuskertojen vähentyminen, kovat ulosteet ja lisääntynyt ponnistelu. Ummetusta aiheuttavat perussairaudet ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Lääkkeistä esimerkiksi opioidit, psykelääkkeet, pahoinvointilääkkeet ja diureetit aiheuttavat ummetusta. Myös ruokamäärien väheneminen, liikkumattomuus ja kuivuminen vaikuttavat ummetukseen. (Saarto 2004, 117–118.) Myös neurologiset syyt voivat aiheuttaa ummetusta (Heikkinen ym. 2004, 68).

Ummetusta hoidetaan pääasiassa laksatiiveilla. Ne vaikuttavat joko lisäämällä ulosteen määrää, stimuloimalla suolta tai lisäämällä ulosteen vesimäärää. Usein laksatiivia voidaan käyttää samanaikaisesti. Parasta olisi, jos pelkästään suun kautta otettavat lääkkeet riittäisivät ummetuksen hoitoon. Jos suun kautta otetut lääkkeet ovat kuitenkin riittämättömiä, käytetään lisänä peräruiskeita. (Saarto 2004, 117–118.) Lisäksi autetaan potilasta liikkumaan voimavarojensa mukaisesti sekä lisätään nesteiden saantia. Ummetuksen hoidossa tärkeintä on kuitenkin ennaltaehkäisy. (Heikkinen ym. 2004, 68–69.) Vaipan vaihdon yhteydessä tehdään aina alapesu ja iho rasvataan, jotta iho pysyisi kunnossa (Coco ym. 2011, 283).

Virtsanpidätyskyvyttömyys ja virtsarakon tyhjentymisen vaikeus ovat myös yleisiä saattohoitopotilaille. Virtsarakon tyhjentymisen vaikeus hoidetaan katetroinnilla. Erittämiseen liittyvissä häiriöissä hoitajan tulee kunnioittaa potilaan intimitteettiä ja olla hienotunteinen. (Heikkinen ym. 2004, 68–69.)

4.4 Iho-oireet ja niiden hoito

Iho-oireista yleisimpiä saattohoidossa ovat painehaavaumat ihon kutina ja hikoilu. Painehaavaumat syntyvät, kun kudoksen hapensaanti ei ole riittävä. Riittämättömään hapensaantiin vaikuttaa heikentynyt ravitsemustila, ihoon kohdistunut paine, liikuntakyvyttömyys ja iholla olevat eritteet, kuten hiki, virtsa, uloste ja ihon pesuaineet. (Hänninen 2004, 130.) Painehaavojen riskialueisiin kuuluu lantion seudussa ristiselkä, istuinkyhmy ja lonkkaluut. Kehräsluut, kantapäät ja sääriluut ovat alaraajojen vaaran paikat ja pään alueella takaraivo ja korvanlehdet. Ylävartalossa taas kyynärpäät, lapaluiden kärkialueet ja selkäranka ovat riskialueita. (Mustajoki ym. 2010, 378–379.)

Painehaavoja voidaan ehkäistä oikein toteutuneella asentohoidolla. Liikuntakyvyttömän potilaan asentoa tulee vaihtaa 2–4 tunnin välein käyttäen tyynyjä asennon tueksi. Kylkiasento 30 asteen kulmassa, eikä kohtisuoraan kyljelle. Pääpuolen pitkäaikaista kohoasentoa tulee välttää ristiselkään kohdistuvan paineen vuoksi. (Mustajoki ym. 2010, 379.) Painehaavoja ehkäistään hyvällä hygienialla. Riskialueet tarkistetaan pesujen yhteydessä. Iho kuivataan taputtelemalla ja rasvataan perusrasvalla. Virtsa- ja ulosteenpidätyskyvyn heikennettyä potilaan iho suojataan öljymäisellä tai sinkkipitoisella perusvoiteella kahdesti päivässä ja pintakuivat vaipat vaihdetaan riittävän usein. (Mustajoki ym. 2010, 380.)

4.5 Kivun hoito

Kipu on yksi pelätyimmistä oireista. Moni potilas kokee kipua ennen kuolemaa ja kuollessaan. Hyvällä kivun hoitamisella vältetään turhaa kärsimystä, parannetaan elämänlaatua ja lisätään elämänhalua. Kivun hoidossa on tärkeää ottaa potilaan subjektiiviset kokemukset todesta ja osata havaita myös se kipu, jota potilas ei ilmaise. Työyhteisössä on sovittava yhteisestä kivunhoitokäytännöstä, ja se pitää olla kaikkien hoitajien tiedossa ja hallinnassa. (Heikkinen ym. 2004, 56–57.)

Kipuun liittyvät määrä, kesto, laatu, sijainti, haitat sekä käytettyjen lääkkeiden arviointi luovat hyvän hoidon perustan (Käypä hoito -suositus 2008). Kipu on henkilökohtainen tuntemus, joten sen arviointi ei ole helppoa. Kivun hallintaa ja hoitoa seurataan mittaamalla erilaisten numeraalisten, sanallisten tai visuaalis-

ten mittareiden ja asteikkojen avulla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 114, Heikkinen ym. 2004, 57.)

Kipu lisää kärsimystä. Fyysiset ongelmat, kuten hengenahdistus, pahoinvointi ja ummetus voivat taas lisätä kipua. Myös läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat saattavat lisätä kipua. Kivut voivat kuluttaa psyykkisiä voimavaroja, jolloin potilas haluaa olla omissa oloissaan. Kivun kokemiseen vaikuttaa potilaan käsitys omasta mielialasta sekä hyvinvoinnista. Kipukynnystä alentavat pelko, masennus, ahdistus, väsymys, unettomuus ja kyllästyminen. Kipu ja kivun pelko stressaavat potilasta, mikä lisää kärsimystä ja toivottomuutta. Tieto kivun syistä ja hoidoista rauhoittaa potilasta. (Hänninen 2001, 93; Grönlund & Huhtinen 2011, 57–59.)

Vanhusten on arvioitu saavan riittämättömästi hoitoa kipuihinsa. Osittain syynä on vanhusten omat asenteet siitä, että kivun valittaminen on häpeällistä. Asiallinen ja empaattinen keskustelu on tällöin tarpeen. (Vanhus ja hoidon etiikka 2008.)

Kivun hoidon merkittävä ongelma on sen alihoito, joka ilmenee erityisesti kuolevien vanhuspotilaiden kohdalla (Grönlund & Huhtinen 2011, 115). Muistisairailta tulee kysyä suoraan heidän kiputuntemuksistaan. Kipuja tulee usein havainnoida, koska dementian edetessä potilaat eivät pysty sanoittamaan kipuaan heikkenevän muistin tai puhekyvyn takia. He saattavat olla levottomia tai kiihtyneitä juuri kivun takia. Iäkkäiden dementia sairastavien akuuttia kipua ja kroonista syöpäkipua ei hoideta riittävästi. (Käypä hoito -suositus 2008.)

Pitkävaikutteiset opioidit ovat turvallisia ja hyödyllisiä kroonisen kivun hoidossa vanhuspotilailla. Opioidit tulee ensisijaisesti antaa suun kautta. (Käypä hoito -suositus 2008.) Hoitohenkilökunta saattaa kuitenkin pelätä kipulääkkeiden aiheuttamaa riippuvuutta, väärinkäyttöä ja sivuvaikutuksia. Kivunhoitoa voivat vaikeuttaa myös potilaan ja lääkärin/hoitajan välinen puutteellinen vuorovaikutus, potilaan uskomukset ja käsitykset kivusta ja sen hoitamisesta sekä puutteet kivunhoidon osaamisessa. (Heikkinen ym. 2004, 57–58.)

Sairauden loppuvaiheen kipu on luonteeltaan pysyvää ja ajan mittaan pahenevaa (Kokkonen ym. 2004, 115). Hoitajat ovat avainasemassa potilaan kivun tunnistamisessa. On osattava kuunnella, havaita ja aistia potilaan viestejä. (Heikkinen ym. 2004, 56.) Työyhteisössä on oltava yhteinen, kaikkien tiedossa oleva kivunhoitokäytäntö, jonka ei pidä muuttua hoitajien ja lääkärin vaihtuessa. Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ovat tärkeitä, jotta hoidon tehoa voidaan seurata. (Heikkinen ym. 2004, 57–58.)

WHO on laatinut kivunhoidon portaikon jo vuonna 1986. Portaikon mukaan kipua lähdetään hoitamaan ensin tulehduskipulääkkeillä, ja annoskaton saavuttamisen jälkeen asteittain siirrytään heikoista opioideista vahvoihin opioideihin. (Hänninen 2001, 97)

Viime vuosina on alettu kiinnittämään yhä enemmän huomiota muistisairautta sairastavien kivun hoitoon lähellä kuolemaa, ja tutkimustulokset ovat huolestuttavia. Esimerkiksi Aminoffin ja Adunskyn 2005 tulokset osoittivat, että yli kak-

si kolmasosaa kärsii kovaa kipua ja ainoastaan seitsemän prosenttia kuolevista potilaista oli kivuttomia. Muistisairautta sairastavien kivun hoito on laadukasta, kun hän tulee kuulluksi kipua ilmaistessaan ja hänen kipuaan hoidetaan. (Voutilainen & Tikkanen 2010, 250.)

Kuolevan potilaan kivunhoidossa ei katsota kelloa. Se ei ole kellon hoitamista. Tosin lääkkeellinen kivunhoito ei auta psyykkiseen kipuun, mihin liittyy luopumisen tunteita. Potilas saattaa olla kiukkuinen ja kysyä miksi-kysymyksiä. Hänelle pitää antaa lupa käydä läpi kielteisiä tunteita, jotta tulee tilaa myönteisille tunteille. Sosiaaliseen kipuun liittyy halu nähdä esimerkiksi jokin tuttu paikka vielä ennen kuolemaa. Koska omaiset eivät kestä läheisensä kipua, he saattavat arvioida kivun voimakkaammaksi, mitä se todellisuudessa on. (Surakka, haastattelu 3.3.2014.)

4.6 Antibioottien käyttö kuolevan hoidossa

Antibioottien käyttö kuolevan hoidossa vaihtelee. Suomalaisten lääkärin asenteet antibioottien määräämiseen kuumeilevalle loppuvaiheen hoidossa olevalle potilaalle vaihtelevat tutkimuksissa paljon. Nuoret lääkärit ovat aktiivisempia määräämään antibiootteja kuin vanhemmat lääkärit. (Hinkka 2004, 373.)

Antibioottihoitoon on palliatiivisen hoidon periaatteiden mukaisesti perustett silloin, kun potilaalla on esimerkiksi virtsatietulehdus, ihoinfektio tai hengitystietulehdus, koska ne aiheuttavat subjektiivista haittaa ja lisäävät usein kipua. Tällöin antibioottihoito lievittää potilaan oireita. Toisaalta on hyvä muistaa, että kuumeilu ja tulehdusarvojen kasvu ovat yleisiä kuolemaan johtavan sairauden viimeisessä vaiheessa, eivätkä ne välttämättä ole merkki infektiosta. (Hinkka 2004, 373–374.)

Myös limaisuus ja hengitysteiden rohinat ovat yleisiä yleiskunnon huonontuessa muutamaa päivää ennen kuolemaa, jolloin antibioottien käyttö ei ole enää potilaan edun mukaista. Parempi oireenlievitys saadaan esimerkiksi opiaateilla. Tilanne haittaa enemmän omaisia kuin potilasta, jonka tajunta on heikentynyt. Keuhkokuume on usein normaali vaihe kuolinprosessin etenemisessä ja sitä onkin sanottu vanhan miehen ystäväksi. Sen yrittäminen hoitaa antibiooteilla ei ole eettisesti perusteltua, jos on valittu palliatiivinen hoito ja ennuste on lyhyt. (Hinkka 2004, 373–374.)

4.7 Hengellinen tukeminen

Saattohoidossa hengelliset tarpeet voidaan jakaa neljään eri ryhmään. Ensimmäiseksi on tarve tulla sovitetuksi itsensä, läheisten ja Jumalan kanssa. Toiseksi on tarve suojautua kaiken uhatessa tuhoutua. Kolmanneksi on tarve löytää elä-

män eheys sekä neljänneksi kiitollisuuden ja täyttymyksen saavuttaminen. (Aalto 2004, 263–264.)

Hengellisyys pitää usein sisällään myös uskonnollisuuden, mutta se on muutaakin. Hengelliset tarpeet ovat tietyllä tapaa laajempia ja yleisempiä kuin uskonnolliset tarpeet, ja ne nousevat sairastuneen omista sisäisistä kokemuksista. Ihmisen hengellisistä tarpeista keskeisiä ovat elämän tarkoituksen löytäminen, kauneuden ja esteettisten kokemusten tarve, hengellisen eheyden tarve ja anteeksianto itselle ja toisille. Keskeistä on myös anteeksiannon vastaanottaminen sekä oman elämän mielekkyyden arviointi. (Hänninen & Pajunen 2006, 70–71).

Kuoleva vanhus saattaa tuntea avuttomuutta miettiessään olemassaolon kysymyksiä. Hyvässä loppuvaiheen hoidossa on tärkeää, että olemassaolon kysymykset ja niihin liittyvä ahdistus kohdataan. Vanhuksen kuunteleminen ja kysymysten tekeminen, joihin voidaan etsiä hengellisiä tai ei-hengellisiä vastauksia. (Konsensuslausuma 2014, 527).

Uskonnollisista tarpeista keskeisiä ovat tarve tehdä rauha Jumalan sekä toisten ihmisten kanssa. Uskonnollisiin tarpeisiin kuuluu myös valmistautuminen kuolemanjälkeiseen elämään. Tulevaisuutta ja toivoa rakentavat armo ja anteeksiantamus. Syyllisyyden kokemukseen ihminen kaipaa juuri armon sanoja ja anteeksisäämisen kokemusta. (Hänninen & Pajunen 2006, 72–73.)

Aina ei tarvita pappia tai muuta uskonnollisen yhteisön edustajaa hengellisten tarpeiden tai toiveiden täyttämiseen. Meidän suomalaisessa kristillisessä kulttuurissa vanhemmalle sukupolvelle virsikirja on hyvin tuttu ja tärkeä. Siitä löytyy vanhoja ja tuttuja virsiä, joihin liittyy monelle tärkeitä muistoja lasten ristitaisista vanhempien hautajaisiin. Virret sopivat runomuodossaan jopa rukouksiksi. Virsikirjan lopusta löytyy rukous sairaan puolesta, rukouksia surussa sekä perinteiset isämeidän rukous ja herran siunaus. (Hänninen & Pajunen 2006, 73.) Ihminen on herkässä tilanteessa elämänsä loppuvaiheessa. On erityisen tärkeää kunnioittaa hänen vakaumustaan, vaikka se olisi täysin erilainen häntä hoitavan ihmisen kanssa. (Hänninen & Pajunen 2006, 73–74.)

Tietoisuus oman kuoleman lähestymisestä koskettaa ihmistä syvältä. Mieleen saattaa tulla kiitollisuutta ja levollista suostumista kuolemaan, joskus myös pettymystä ja katkeruutta. Ajatus lähestyvistä kuolemasta saattaa synnyttää pelkoa, jos kuolema mielletään yksinomaan elämän loppuksi. Kuolema saatetaan mieltää myös uuden aluksi, jota voi positiivisessa mielessä odottaa. Lähestyvä kuolema voi tuoda esiin siihen asti taustalla ollutta uskonnollisuutta tai henkisyyttä. On tärkeää ylläpitää sellaista toivoa ja tukea sellaisia kokemuksia, jotka kuoleva ihminen itse kokee tärkeäksi kuoleman läheisyydessä. (Konsensuslausuma 2014, 527).

4.8 Psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen

Ikääntyneen ihmisen ei oleteta pelkäävän kuolemaa samalla tavalla kuin nuoren tai aikuisen. Ikääntynyt ihminen on vuosien varrella kokenut jo monien läheistensä kuolemat ja menetykset, joten kuolemasta on tullut tuttu. Elämän ehtoota elävä vanhus saattaa jo odottaa kuolemaa ja kokea sen helpottavana. Siihen asti eletty elämä vaikuttaa siihen, miten ihminen suhtautuu elämänsä loppumiseen. Jos ihminen on tyytyväinen elämäänsä ja kokee sen rikkaaksi ja arvokkaaksi, myös kuoleman kohtaaminen on helpompaa. (Heikkinen ym. 2004, 35.)

Kuolemaa saatetaan jopa odottaa. Tämä voi herättää monenlaista vastustusta nykyaikana, sillä ihmiset elävät pidempään kuin ennen. Kuoleman pelko voi ikääntyneellä olla voimakasta siinä tapauksessa, jos jäljellä oleva elämä voisi tarjota vielä erilaisia mielekkäitä kokemuksia. Jos alkaa näyttää siltä, että suunnitelmien toteuttaminen ei enää olekaan mahdollista sairauden yllättäessä, ajatus kuolemasta voi olla pelottava ja aiheuttaa pettymystä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 92.)

Oman kuoleman kohtaaminen saattaa aiheuttaa usein myös merkityksettömyyden tai arvottomuuden tunnetta. Ihminen kokee olevansa taakkana tai riippuvainen toisista. Näihin tunteisiin liittyy myös kuolemanpelko, paniikki, eristäytyneisyys ja toive kuoleman jouduttamisesta. (Käypä hoito -suositus 2008.) Haa-voittuvuus, yksinäisyys, avuttomuus, epäusko, luopumisen vaikeus ja siitä tuleva suru täyttävät kuolevan ihmisen mielen. Samoin mieli voi täyttyä kaipauksesta, kiintymyksestä, rakkaudesta, vihasta ja kysymyksestä, mitä kuoleman jälkeen. (Heikkinen ym. 2004, 37.) Juuri näiden tunteiden kohtaamiseen tarvitaan riittävän turvallista vuorovaikutussuhdetta sekä omaisiin että henkilökuntaan (Siltala 2013, 172).

Kun ihminen joutuu kriisiin, hänen tulevaisuusperspektiivinsä hämärtyy. Varsinkin kuoleva ihminen kokee suunnitelmansa täysin muuttuneen. Pahan kokemus syntyy, kun kuoleva ihminen pelkää jäävänsä yksin. Vaikka ympärillä on empaattisesti suhtautuvia ihmisiä, omaisia ja hoitajia, kukaan ei voi kurkottaa kättään turvaksi kuoleman rajan yli. Yksin joutuu lähtemään tälle matkalle. (Heikkinen ym. 2004, 37.) Yksin saa kuolla, muttei yksinäisenä eikä tuntea itseään hylätyksi. Jos henkilö kuitenkin haluaa kuolla yksin, hänen tahtoaan tulee kunnioittaa. (Surakka, haastattelu 3.3.2014.)

Lähestyvä kuolema vaatii vanhuksen mieleltä kykyä sopeutua toimintojen muutoksiin ja uhkakuviiin, joita raihnaistuminen keholle aiheuttaa. Rainaistuminen vaikuttaa myös vireystilaan ja mielen toimintoihin. Fyysinen raihnaistuminen alkaa hallitsemaan mieltä, jos kiinnostus ympäröivään elämään vähenee ja elämänpiiri pienenee. Tällöin saattaa seurata masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja unihäiriöitä. Turvallinen hoitosuhde ja fyysisten oireiden hoito ovat perustana myös psyykkiselle jaksamiselle. (Konsensuslausuma 2014, 527.)

Hoitolaitoksessa kuoleva vanhus haluaa ehkä olla vain omissa oloissaan, mutta tarvittaessa hänellä pitää olla mahdollisuus nähdä muita ja osallistua yhteisön elämään. Miellyttävään ympäristöön vaikuttaa valaistus ja sisustus. Meille suo-

malaisille luonto on tärkeä, ja esimerkiksi näköala ikkunasta ulos luontoon on merkittävä elementti. Hoitoympäristön viihtyvyys tukee vanhusten hyvää hoitoa. Tuoksut ja tutut esineet voivat luoda turvallisuutta ja rauhoittaa kuolevaa vanhusta. Ympäristön viihtyvyys on tärkeää vanhusten, läheisten ja henkilöstön jaksamiselle ja hyvinvoinnille. (Konsensuslausuma 2014, 530.)

4.9 Omaisten kohtaaminen

Omaisille on tärkeää nähdä henkilökunnan välittävän läheisistään, olla mukana kuoleman tapahtumassa ja saada henkistä tukea (Aavaluoma, koulutus 20.3.2014.) Omaisiet arvostavat myös hoitajan aitoa läsnäoloa ja halua auttaa. Tämä vaatii hoitajalta erityisen suurta hoitotyön osaamista ja aitoa ihmisenä olemista ilman mitään roolia. (Grönlund ym. 2011, 144.)

Kuoleman lähellä henkilökunnalle tuo haasteita mutkikkaat perhesuhteet ja ratkaisematta jääneet tunnekysymykset omaisten ja potilaan välillä. Vaikeimpia esille pyrkiviä kysymyksiä ovat omaisten syyllisyys, koska yhteydenpito kuolevaan vanhukseen on jäänyt liian vähäiseksi. (Pitkälä 2004, 30.) Omaisiet saattavat syyttää hoitajia osaamattomuudesta tai huonosta hoidosta. Silloin on hyvä vain todeta, että varmasti sinusta tuntuu siltä. Annetaan omaiselle tilaa kertoa, että hänellä on niin paha olo siitä, kun ei ehdi olemaan täällä. Kun omaiselta tiedustellaan, mitä haluat, meidän tekevän, on vastaus, ei mitään. Sen jälkeen omaisen kertoo väsymyksestään. Omaisiet pääsevät purkamaan pahaa oloaan ja syyllisyyttään pois, mikä kertoo turvallisesta työyhteisöstä. Juuri nämä omaisiet ovatkin lopulta kaikkein tyytyväisimpiä läheisensä hoitoon. (Surakka, haastattelu 3.3.2014.) Ammatillisuus edellyttää rauhallista ja kannustavaa suhtautumista myös näihin omaisiin. Usein omaisen ja potilaan suhteen tukeminen auttaa potilasta kaikkein eniten. (Pitkälä 2004, 30.)

Kuolevan potilaan läheisiä kannustetaan osallistumaan potilaan hoitoon. Läheisille kerrotaan, että he ovat tervetulleita ja heidän läsnäolonsa on tärkeää. Heille varataan kiireetöntä aikaa keskustella hoitajan kanssa. Omaisille kerrotaan yleisesti kuolevan ihmisen viime hetken oireista, ja miten niitä hoidetaan. (Coco ym. 2011, 286.) Yhtenä kuolevan hoidon laadun takeena on se, miten hyvin omaisiet otetaan mukaan hoidon kokonaisuuteen (Grönlund & Huhtinen 2011, 200).

Omaisiet voivat esimerkiksi osallistua potilaan suun hoitoon. Konkreettisten asioiden tekeminen potilaan hyväksi lievittää omaisten ahdistusta. He saavat tuntea olevansa hyödyksi potilaan hoidossa, kun auttamistyön tulokset ovat nopeasti nähtävillä. Omaisilla on usein tarve tehdä jotain konkreettista potilaan hyväksi niissä asioissa, jotka lääkäri kokee hankaliksi tai tarpeettomiksi, kuten esimerkiksi nesteyttäminen tai heikon vuodepotilaan tarpeeton aktivoiminen. (Hänninen 2001, 113.)

4.10 Kotona loppuun saakka

Vanhuksilla on kolme toivetta liittyen hyvään kuolemaan. He toivovat kuolevansa nopeasti, läheisten läsnä ollessa ja kotona (Konsensuslausuma 2014, 531). Monet vanhukset ajattelevat kuitenkin, että olisivat omaisille hoitotaakkaa ja toivovat kuolemaa sairaalassa tai saattokodissa (Pitkälä 2004, 30). Kun vanhus saa viettää viimeiset hetkensä omassa kodissaan, omien rakkaiden läheisten, muistojen ja muistoesineiden lähellä, hoito on ihanteellisinta. Tällä tavoin kuoleva voi pitää yllä loppuun asti sosiaalisia suhteitaan ja omaa tavallista elämäänsä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 95.)

Omassa kodissa voi nukkua, peseytyä ja syödä milloin haluaa. Oma sänky, peitto ja käytössä pehmennyt tyyny, omat vaatteet ja tutut kodin tuoksut luovat turvallisen ja lohduttavan tunteen. On mahdollisuus syödä tavallista kotiruokaa tutuista astioista ja viettää aikaa omassa nojatuolissa perheen ympäröimän. Myös sängyn voi siirtää olohuoneeseen, jotta kuoleva voi olla mukana perheen arjessa. Kun näkee ympärillään valokuvia ja tuttuja tavaroita, voi muistella ja käydä läpi siihen asti elettyä elämää. Virikkeitä on riittävästi, eikä aika käy pitkäksi. (Hänninen 2008, 135–136.) Kotona tutussa ympäristössä läheisten ympäröimänä kuolema on luonnollinen asia. Omaiset tarvitsevat kuitenkin tukea ja ohjausta hoitaakseen asiaankuuluvat tehtävät turvallisesti ja rauhallisesti. Omaisten kanssa sovitaan etukäteen miten kuoleman tapahtuessa menetellään ja mihin otetaan yhteyttä. (Ikonen 2013, 260–261.)

5 LÄHESTYVÄ KUOLEMA JA VAINAJAN HOITAMINEN

Kuoleman lähestyessä kipu usein vähenee. Hengitys muuttuu pinnallisemmaksi tai katkonaiseksi. Saattaa olla jopa 30 sekunnin hengityskatkoksia. Hengitys voi muuttua myös äänekkääksi hengitysteissä olevan liman takia. Koriseva ääni ei välttämättä tuo haittaa potilaalle, vaikka se kuulostaakin ikävältä. Lima harvoin tukkii hengitystiet. Nieleminen muuttuu vaikeammaksi ja ihon väri saattaa muuttua laikukkaaksi. Sekavuus on yleistä juuri ennen kuolemaa. Läheiset voivat kokea sen ikävänä, vaikka paras hoitokeino on kuitenkin tutun ihmisen läheisyys. Lääkkeistä ei ole suurtakaan apua. Sekavuus aiheutuu rajojen hämärtymisestä ja ihmisen irtaantumisesta tästä todellisuudesta. (Hänninen 2012, 52.)

Ihmisen tietoisuuden tila saattaa syventyä ja laajentua juuri ennen kuolemaa. Jos muistisaira on ilme yhtäkkiä muuttuu kirkkaaksi tai hän näyttää hämmästyneeltä, hän saattaa kokea näkevänsä enkelin tai muun uskonnollisen hahmon, lapsuuteen liittyvän kauniin paikan tai aikaisemmin kuolleen henkilön. Hoitaja voi rohkaista ja kannustaa potilasta kertomaan kokemuksestaan ja suhtautua itsekin avoimin mielin ilmiöön. (Saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011–2012.)

Kuoleman lähestyessä potilaalle saattaa nousta korkeita kuumepiikkejä. Ne eivät merkitse tulehdusta, vaan lämmönsäätelyn häiriintymistä. Antibiooteilla ei hoideta tällaista kuumetta, vaan oireenmukaisesti kuumetta alentavilla lääkkeillä, kuten Burana, Naprometin, Panadol tai Ketorin. Kädet ja jalkaterät muuttuvat viileämmiksi ja väri saattaa muuttua sinertäväksi. Suuret morfiiniannostukset saattavat aiheuttaa lihasnykäyksiä, mutta muutoin krampit ja kouristukset ovat harvinaisia. (Hänninen 2012, 52–53.)

Kuolemaan ei liity mitään pelottavaa, sillä se on lähes aina rauhallinen tapahetki. Sydän lakkaa toimimasta ja hengitys loppuu. Niveliin kehittyy parin tunnin aikana jäykkyyttä. Kuoleman hetkeen saattaa liittyä käsien haromista, harsuutta ja ääntelyä. Ne harvoin merkitsee kipuja tai muitakaan oireita tai joku vierellä oleva läheinen olisi toiminut jotenkin väärin. Kuoleminen merkitsee kaikkea luopumista ja siihen liittyvä ahdistus vaikuttaa eri tavalla eri ihmisiin. (Hänninen 2012, 53.)

Vainajan kunnioittava kohtelu kuuluu hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan. Saattohoidossa elävää ihmistä hoidetaan niin hyvin kuin vain voidaan. Kuolintahetken jälkeen hoito muuttuu vainajan hyväksi hoidoksi. Pirkanmaan Saattohoitokodissa puhutaan vainajan hoitamisesta, ei laittamisesta. Perheen tullessa tapaamaan vainajaa on tärkeää, että vainaja näyttää levolliselta ja kauniilta. Oma kuolema ei silloin tunnu niin pelottavalta. (Surakka, haastattelu 3.3.2014.)

Hoitaja kirjaa päivämäärän ja kellonajan, jolloin kuolema on havaittu. Lääkäriä pyydetään toteamaan kuolema. Omaisille ilmoitetaan välittömästi potilaan kuolemasta. Omaisten kanssa sovitaan, haluaisivatko he tulla tapaamaan vainajaa ja jättää hyvästejä. Kuoleman todennut lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen ja hautausluvan. Omaisilta pyydetään lupa lääketieteelliseen ruumiinavaukseen. Saattohoitopotilaan kuolinsyy on yleensä selvä, joten heille ei tehdä ruumiinavausta. Oikeustieteellinen ruumiinavaus tehdään poliisin pyynnöstä yllättäen kuolleen potilaalle. (Coco ym. 2011, 287–288.)

Saattohoito ei pääty kuolemaan, vaan jatkuu hyvänä vainajan hoitamisena. Hoitajan on tärkeää viestiä omalla käytöksellään, että vainajan lähelle kuuluu kiireettömyys, rauhallisuus ja arvokkuus. Vainajia tulee käsitellä kunnioittavasti ja arvostavasti, kuten heidän eläessäänkin. Omainen voi osallistua vainajan hoitoon toiveidensa mukaisesti. (Coco ym. 2011, 288.)

Vainajan hoitamisella tarkoitetaan kuolleen potilaan siistimistä ja kaunistamista viimeisiä hyvästelyjä ja hautausta varten kunnioittaen hänen uskontoaan ja kulttuuriaan. Vainaja ja hänen ympäristönsä saatetaan juhkakuntoon. Vainajaa siistiessä on muistettava, että koko ruumista ei paljasteta kerralla. Mahdolliset letkut ja katetrit poistetaan, samoin enimmäkseen sidokset. Vainajalle puetaan kertakäyttöinen paida tai vainajan omat vaatteet. Virtsarakko tyhjennetään hoitaen painaessa kevyesti virtsarakon päältä. Vainajan alle laitetaan imukykyinen suoja. Myös vainajan suu ja hampaat puhdistetaan ja mahdolliset proteesit laitetaan suuhun. Hiukset kammataan ja miesvainajan parta ajetaan. Vainajan leuka sidotaan sideharsolla, jolloin suu pysyy suljettuna. Jalat sidotaan nilkoista kevyesti yhteen sideharsolla, johon kiinnitetään tunnistuskortti. Kosteat silmälaput laitetaan vainajan luomien päälle. Vainajan kädet voidaan asettaa vainajan rinnalle ristiin us-

kontoa kunnioittaen tai ne voivat olla suorina ruumiin sivulla. Lopuksi vainaja peitetään joko kertakäyttöisellä tai omalla lakanalla, josta voidaan muotoilla risti vainajan päälle. Lakanan päälle, rinnan kohdalle, voi asettaa kukkasia tai vainajan omia sormuksia. Ympäristö siistitään. Läheisille annetaan mahdollisuus hyvästellä vainaja. Saattohoito jatkuu omaisten tukemisena. (Coco 2011, 288–292.)

6 HOITAJANA SAATTOHOITOTYÖSSÄ

Kuolevan ihmisen kohtaaminen, hoitaminen ja mukana kulkeminen on hoitajalle matka, joka alkaa ja päättyy. On suurta viisautta tajuta oma osuutensa tällä matkalla. Kuoleva tuntee tien ja määrää suunnan. Hän valitsee matkanteon nopeuden ja pysähtymispaikat. Hoitaja katsoo, kuuntelee, menee luo ja tukee tarvittaessa. Hän ottaa syliin ja kantaa, kunnes tullaan paikkaan, jossa lopulta erotaan. Kuoleva jatkaa yksin. Hoitajan tehtäväksi jää irrottautua, olla läsnä ja katsoa kunnioittaen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 198.)

Hyvän saattohoidon takaamiseksi hoitajalta vaaditaan ihmissuhdetaitoja sekä kykyä olla emotionaalisesti lähellä kuolevaa ihmistä ja tämän omaisia (Heikkinen ym. 2004, 21). Rakkaudellinen yhteys hoitajan ja kuolevan välissä luodaan läsnäolossa ja vuorovaikutuksessa ilmein, elein ja kosketuksin. Hoitotoimissa se tulee esille hoivaamisessa ja puheessa sekä hiljaisuudessa. Aidossa kohtaamisessa läsnäolo on todellista. Kuoleva saa kokea, että juuri tässä hetkessä hänestä välitetään ja juuri häntä varten ollaan olemassa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 92–93.)

Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä aistia elämän loppumetreillä olevan potilaan tunnetiloja ja ääneen lausumattomia tarpeita. Turvattomuutta tuo pelko oman elämäntilanteen menettämisestä. Pelkoa lisää yksinäisyys, avuttomuus, riippuvuus toisista ihmisistä ja kuolema. Omahoitajajärjestelmällä turvataan hoidon jatkuvuus. Se tuo turvallisuutta sekä potilaalle että omaisille. (Heikkinen ym. 2004, 52–53.)

Myötätuntoinen hoitaja saattaa kokea surua potilaan elämän tilanteesta ja liikuttua kyyneliin saakka. Hoitajan omat tunteet ja asenteet saattavat tulla esille, jos hoitajalla on menneisyydessään surematta jäänyttä surua tai kuolevan perheen elämäntilanne muistuttaa hoitajan omaa elämäntilannetta. Sairaanhoidon ammatissa kasvamiseen kuuluu omien kuolemaan liittyvien pelkojen ja käsitysten kohtaaminen. Voidakseen tukea potilasta hoitajan on ensin uskallettava olla vuorovaikutuksessa kuolevan kanssa. Tämän vuoksi hoitajan pitää ensin selvittää oma suhtautumisensa kuolemaan ja siihen liittyvät pelot ja ahdistukset. (Ikonen 2013, 256–257; Heikkinen ym. 2004, 48.)

Kuolevan vanhuksen hoitotyössä tarvitaan lämmintä sydäntä ja myötäelämisen taitoa sekä ymmärrystä siitä, että arvokkaaseen kuolemaan kuuluu itsekunnioituksen ja itsearvostuksen säilyminen loppuun asti. Jokainen kuoleva on arvokas

omana persoonanaan eikä hänen hoitamisensa saisi milloinkaan olla rutiinimaista perushoitoa. (Grönlund ym. 2011, 92–93.) Työyhteisön jokaisen jäsenen oikea, ihmisarvoa kunnioittava asenne vaikuttaa kuolevan vanhuksen hyvinvointiin (Konsensuslausuma 2014, 529).

Kuolevan vanhuksen ja hoitajan rakkaudellinen yhteys luodaan läsnäolossa ja vuorovaikutuksessa. Se näkyy eleissä, ilmeissä ja kosketuksessa sekä hiljaisuudessa, puheessa ja hoivaamisessa hoitotoimien aikana. Vanhukselle voi vaikkapa laulaa omien kykyjen mukaisesti ja luovuutta käyttäen. Hoitavan henkilön suostuttua aitoon kohtaamiseen, saavutetaan todellinen läsnäolo. (Grönlund ym. 2011, 92–93.)

7 TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUSTEN JA TARPEIDEN KARTOITTAMINEN

Opinnäytetyön tekijällä oli ajatuksena kerätä tietoa työntekijöiden kokemuksista pienryhmähaastattelujen avulla, ja siten kartoittaa lähtötilanne kuolevan asukkaan hoitotyöstä Kostiakodissa. Kostiakodin johtaja ehdotti kuitenkin osastotunnin pitämistä, missä kaikki ovat paikalla yhtä aikaa.

Osastotunti pidettiin tehostetun asumispalvelun osastolla 26.2.2014. Osastotuntiin osallistui johtaja, 11 hoitajaa ja 2 muuta henkilökuntaan kuuluvaa. Aluksi esiteltiin tämän opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet ja käytiin pääkohdat läpi siihen asti kerätystä teorialiedosta. Henkilökunnalle annettiin pohdittavaksi kolme kysymystä, joihin vastattiin sattumanvaraisessa järjestyksessä. Vastaukset kirjattiin muistiin. Kysymykset herättivät jonkin verran keskustelua, ja suurin osa henkilökunnasta toi mielipiteensä esille.

7.1 Osastotunnin toteuttaminen

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota työntekijöiden kokemuksia ja tarpeita kuolevan asukkaan hoidosta. Kokemuksia ja tarpeita päädyttiin keräämään osastotunnin muodossa tapahtuneen yhteisen keskustelun avulla. Keskustelun runko muodostui kolmesta kysymyksestä:

- Minkä koet tärkeäksi hoitaessasi kuolevaa asukasta?
- Mikä toimii/sujuu tällä hetkellä kuolevan asukkaan hoitotyössä Kostiakodissa?
- Mikä on vaikeaa tai epäselvää, mihin tarvitaan vielä lisää tietoa?

Keskustelusta tehtiin mahdollisimman tarkat muistiinpanot, joiden avulla tiivistettiin vastaukset esitettyihin kysymyksiin.

7.2 Kokemukset ja tarpeet

Tärkeäksi asiaksi kuolevan hoitotyössä koettiin läsnäolo, hyvä perushoito ja kivun lievitys. Myös omaisten huomioiminen, turvallisuuden tunteen antaminen kuolevalle ja rauhallisuus sekä kuolemasta puhuminen omaisten ja kuolevan kanssa koettiin tärkeäksi. Ennen kaikkea mahdollisimman hyvää oloa loppuvaiheessa pidettiin tärkeänä.

Toimivaksi koettiin turvallisuus, läsnäolo, lisää hoitajia saa tarvittaessa, rauhallisuus, hyvä kuolemaan suhtautuminen, kuolemaan liittyvistä asioista puhuminen ja nuorempien hoitajien saama tuki vanhemmilta hoitajilta. Kuolevan asukkaan ja omaisen kohtaamista ei myöskään pelätty.

Tietoa tarvittiin hoitotahtoon, nesteytykseen ja ravitsemukseen sekä niihin liittyvä omaisten huoli, vainajan omaisille ilmoittamiseen ja heidän kohtaamiseen kuoleman jälkeen, kivun hoitoon, kuoleman ajankohdan määrittelymiseen, loppuvaiheen asentohoitoon, hengellisten tarpeiden huomioimiseen, liman imemiseen ja vainajan laittamiseen.

8 TOIMINTAOHJEEN KOKOAMINEN

Toimintaohjeen laatiminen oli annettu minulle opinnäytetyön aiheeksi syksyllä 2013. Talven aikana keräsin saattohoitoon liittyvää teorialtietoa eri lähteistä. Helmikuussa osallistuin vanhustyön seminaariin Helsingissä ja siellä kuuntelin Pirkanmaan Saattohoitokodin johtajan Tiina Surakan luentoa saattohoidosta. Helmikuun lopussa otin yhteyttä Tiina Surakkaan ja sovin haastattelusta. Helmikuun lopussa pidin osastotunnin Kostiakodissa ja kirjoitin keskustelussa tulleet asiat muistiin.

Maaliskuun alussa haastattelin Tiina Surakkaa avoimin kysymyksin vanhusten saattohoitoon liittyen ja tallensin haastattelun nauhuriin. Litteroin nauhat maaliskuun aikana ja osan haastattelusta hyödynsin opinnäytetyössäni. Maaliskuun lopussa keskustelin Kostiakodin johtajan kanssa ohjeiden sisällöstä. Maaliskuun aikana keskityin teorialiedon hankkimiseen erityisesti vanhusten saattohoidosta.

Huhtikuussa osallistuin Suomen Psykologisen Instituutin järjestämään koulutukseen, joka koski muistisairaahan saattohoitoa. Koulutus kesti yhden päivän. Koulutuksessa jaettua kirjallista materiaalia täydensin omilla muistiinpanoilla. Muutamia asioita koulutuksen sisällöstä käytin opinnäytetyössäni. Huhtikuun loppupuolella esittelin valmiit ohjeet Kostiakodin johtajalle. Hän toivoi tarkennusta nesteytyksen ja ravitsemuksen hyödyllisyyteen loppuvaiheessa. Muutosten jälkeen ohjeet on hyväksytty. Työntekijöiden esiin nostamien tarpeiden pohjalta kokosin ohjeet tiiviiseen muotoon lähdemateriaaliin perustuen kuolevan vanhuksen hyvään hoitamiseen (liite 4).

Ohjeen sisältö muodostuu seuraavista teemoista:

- kuolevan oikeudet
- keskeiset käsitteet
- fyysiset oireet ja niiden hoito
- psyykkinen (henkinen) tukeminen
- hengellinen tukeminen
- omaisten kohtaaminen
- kuoleman lähestyminen
- kuoleman tapahduttua
- vainajan hoitaminen
- tarvittavia yhteystietoja omaisille
- liitteeksi ETENE:n julkaisema: Vanhusten hoitoon liittyvät eettiset periaatteet ja liitteeksi myös esimerkki hoitotahto-lomakkeesta

Hapen antamiseen ja liman imemiseen liittyvät ohjeet on jätetty pois, koska niihin tarvittavia välineitä ei Kostiakodissa toistaiseksi ole.

9 POHDINTA

Hyvään saattohoitoon kuuluu asukkaan oireiden hyvä hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen ja läheisten tukeminen. Kostiakodin työntekijöiden kokemukset kuolevan asukkaan hoitotyöstä perustuivat hyvään saattohoitoon. He kokivat tärkeäksi esimerkiksi läsnäolon, hyvän perushoidon, kivun lievityksen, turvallisuuden tunteen luomisen kuolevalle asukkaalle, omaisten huomioimisen ja mahdollisimman hyvän olon tuottamisen asukkaalle loppuvaiheessa. Teoriatieto tukee henkilökunnan käsityksiä hyvästä saattohoidosta. Surakka (2014) mukaan kuolevan potilaan saattohoito lähtee äärimmäisen hyvästä perushoidosta, ja erityisesti vanhuksella saattohoito on hyvää hoitoa loppuun asti. Siitä lauseesta muodostui nimi tälle opinnäytetyölle.

Kostiakodissa koettiin toimivaksi esimerkiksi turvallisuus, läsnäolo, rauhallisuus ja kuolevan asukkaan ja omaisten kohtaaminen. Tietoa kaivattiin erityisesti hoitotahtoon, fyysisiin oireisiin ja hengellisten tarpeiden tukemiseen. Kuoleman läheisyyteen liittyviin asioihin, kuten kuoleman ajankohdan määrittelyyn, vainajan hoitamiseen ja omaisille ilmoittamiseen kaivattiin myös ohjeita. Työntekijöiden tarpeet ja kokemukset kuolevan asukkaan hoitotyössä ovat keskeisiä käsitteitä saattohoitoon liittyvissä kirjoissa, Tiina Surakan haastattelussa ja muistisaraan saattohoitokoulutuksessa. Teoriatiedossa olen käyttänyt paljon Juhana Hännisen kirjoittamia teoksia. Hän on kirjoittanut ja toimittanut useita kirjoja saattohoidosta.

Saattohoito-ohjeet mahdollistavat Kostiakodissa yhtenäisen tiedon saattohoidon toteutuksesta ja käytännön toimenpiteistä kuoleman jälkeen. Vanhuksen hoitaminen kodinomaisessa palvelutalossa loppuun asettaa vaatimuksia henkilöstön osaamiselle ja hoitotoimenpiteiden toteuttamiselle sekä käytettävissä olevalle

välineistölle. Toukokuun lopussa toteutetaan osastotunti, jossa jatketaan keskustelua kuolevan asukkaan hoitamisesta lähdemateriaalia hyödyntäen.

On tärkeää keskustella tehohoidosta, elvytyksestä ja muista hoidoista yhdessä vanhuksen, hänen läheistensä sekä koko vanhusta hoitavan ryhmän kanssa jo ennen kuin hänen vointinsa heikkenee niin, ettei hän kykene enää ottamaan kantaa hoitoonsa. Paras ratkaisu on, jos hyvin harkitun ja rauhassa tehdyn keskustelun tulos on hoitolinjapäätös, jota voidaan arvioida sitten myöhemmin uudelleen, jos vanhuksen vointi merkittävästi muuttuu.

Muistisairautta sairastavan vanhuksen elämän loppuvaiheen päätöksenteko saattaa olla hankalaa, jos hänen oma mielipiteensä ei ole etukäteen tiedossa. Juuri siksi on tärkeää kuulla muistisairaana vanhuksen toiveita silloin, kun hän vielä kykenee niitä ilmaisemaan, ja myös kunnioittaa hänen hoitotahtoaan.

Hoitolinjaa ratkaistaessa on syytä korostaa sekä vanhukselle että hänen läheisilleen, että päätös esimerkiksi pidättäytyä elvytyksestä tai tehohoidosta ei tarkoita hoidon huonontamista tai sen lopettamista. Päätös tarkoittaa sen sijaan, että hoitamisen tavoitteet, keinot ja painopiste siirtyvät hyvinvoinnista huolehtimiseen. Oireita lievitetään ja vointia ylläpitävää hoitoa jatketaan ja tehostetaan. Turhista ja kärsimystä lisäävistä hoidoista luovutaan, jotta vanhusta voidaan hoitaa juuri hänelle parhaalla tavalla.

Kirjallisuudessa on yhtenä hoitolinjauksen merkintänä käytetty ilmaisua - sallitaan luonnollinen kuolema-. Tästä on ehkä kyse juuri vaikeasti dementoituneen tai monisairaana vanhuksen loppuvaiheen hoidossa. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten loppuvaiheen alkamisajankohtaa on usein vaikea määrittää. Heidän olemukseen sopeudutaan, kun ruumiilliset ja henkiset voimat hitaasti heikkenevät ja kuolemankäyrä laskee loivasti.

Saattohoitovaiheessa vanhuksella tulee olla oikeus hellyyteen, halauksiin, kunnioittavaan ja kauniiseen puhutteluun ja toisen ihmisen läheisyyteen. Hänellä on nämä oikeudet, vaikka hän olisi vaativa, vihainen ja ylikriittinen. Vanhus saattaa kohdistaa henkilökuntaan kuolemaa kohtaan kokemansa vihan ja katkeruuden tunteen. Näiden tunteiden purkaminen on tärkeää, jotta kuoleva pääsisi prosessin seuraavaan vaiheeseen.

Opinnäytetyöprosessi on auttanut minua ammatillisessa kasvussa. Olen saanut paljon uutta tietoa saattohoidosta ja erityisesti vanhusten loppuvaiheen hoitoon. Tämän tiedon avulla pystyn toteuttamaan kuolevan vanhuksen kokonaisvaltaista hoitotyötä. Saattohoitoon perehtymällä ymmärsin, mitä kaikkea kuuluu kuolevan vanhuksen kokonaisuhoitoon. Fyysisten oireiden lisäksi on huomioitava myös vanhuksen hengelliset ja psyykkiset tarpeet sekä omaiset ja oma jaksaminen.

Kirjallisuus on herättänyt minussa paljon erilaisia tunteita. Jatkuva kuolemisen lukeminen on tuntunut välillä ahdistavalta, toivottomalta ja synkältä. Pakosta on joutunut pohtimaan mitä tarkoittaa hyvä kuolema, miten haluan itseäni hoidettavana saattohoitovaiheessa ja miten koen menetykset ja surun lähestyvässä

kuolemassa. Hoitotahdon merkitys on korostunut minulle ja tehtyäni sen itselleni, aion ehdottaa sen tekemistä myös läheisilleni.

Kuolevan asukkaan hoito-ohjeiden laatiminen Kostiakotiin oli kaiken kaikkiaan hyvin palkitsevaa. Työni loppuvaiheessa aloin tuntemaan jopa haikeutta luopua työstäni ja tiedon etsimisestä. Alkuun etsin teorian tietoa liiankin laajalti, kunnes vasta myöhemmin keväällä osasin keskittyä pelkästään kuolevan vanhuksen hyvään hoitoon. Opinnäytetyössäni perehdyin paljon myös muistisairaahan saattohoitoon, josta aion vielä tulevaisuudessakin hakea lisää tietoa.

Jatkotutkimusaiheena kokisin tärkeänä selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta Kostiakodissa tai miten tukea muistisairaahan asukkaan laadukasta hoitoa Kostiakodissa. Saattohoidon onnistumisen kannalta tärkein asia on henkilökunnan ammattitaito ja riittävät resurssit hoidon toteuttamiseen. Hapen antamiseen ja liman imemiseen tarvittavat välineet olisi hyvä olla saattohoitoa järjestävässä hoitopaikassa. Jokaisesta saattohoitoa järjestävästä työyksiköstä pitäisi vähintään yhdellä hoitajalla olla mahdollisuus osallistua saattohoidon perus- tai lisäkoulutukseen ja jakaa tietoa henkilökunnalle.

Lähes jokainen vanhus toivoo saavansa kuolla omassa kodissaan. Sen mahdollistamista pidän itse tärkeänä saattohoidon kehittämiskohteena. Vaihtoehtona olisi kotihoidon käyntien lisääminen tai kotisairaala-toiminnan laajentaminen myös maaseudulle.

Halusin tähän loppuun tuoda netistä löytämäni tuntemattoman kirjoittajan runon pohdittavaksi. Toivon, ettei yksikään vanhus joutuisi näin tuntemaan.

HALVEKSI VAIN

Minä sanon sinulle.
Tulee aika
jolloin sinäkin vanhenet.

Käännät katseesi peilistä, kysyt:
"Kuka tuo on"?
Aika,
jolloin ihosi poimut
kertovat eletystä elämästä
ja hauraan kehosi kivut
repivät ja raastavat.

Yötä päivää
yötä päivää.

Aika,
jolloin työn kuluttamat
kätesi lepäävät sylissäsi toimeettomina
ja maidonvalkean ihosi alla

siniset verisuonet hohtavat
kuin sulat joet
hankien keskellä.

Aika,
jolloin olet unohtanut
mitä rakkaus on,
kun kukaan ei enää
kosketa, välitä
ja sinä palelet
ja sinua itkettää...

Aika,
jolloin katselet ikkunastasi
vuodenaikojen vaihtumista
yksin
yksin,

ja mietit
"tässäkö tämä oli"?

Yksin, kun kukaan
ei rakasta
ei kosketa
ei arvosta...

Ja sinä odotat kuolemaa, joka armahtaisi..... (kirjoittaja tuntematon)

LÄHTEET

- Aalto, K. 2004. Sielunhoito saattokodeissa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim 263–264.
- Aalto, K. 2013. Kirkko saattohoidon kehittäjänä. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Helsinki: Otava 163–169.
- Aavaluoma, S. 2014. Muistisairaahan saattohoito -koulutus. Hämeenlinna. 3.3.2014. Suomen psykologian instituutti. Koulutuksen muistiinpanot ja jaettu moniste.
- Coco, K., Lahti, L. & Simola, R. 2011. Hoito ja huolenpito. Helsinki: WSOY.
- YK:n Kuolevan oikeuksien julistus. Viitattu 17.5.2014.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S & Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Helsinki: WSOY.
- Hinkka, H. 2004. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 323–328.
- Hoitotahto.
<http://www.exitus.fi/pdf/hoitotahto.pdf>
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas.
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. Viitattu 2.3.2014.
http://yle.fi/uutiset/kysy_nykyajan_saattohoidosta_-_terhokodin_johtaja_vastaa/7014645
- Hänninen, J. 2006. Kuoleman lääketieteellistyminen. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim. 15–28.
- Hänninen, J. 2006. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim. 48–68.

Hänninen, J. 2004. Iho-oireet. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 128–136.

Hänninen, J. & Anttonen, M.-S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M.-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry, 23–34.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Hänninen, P. 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Grönlund, E. Anttonen, M.S., Lehtomäki, L. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto. Ry, 133–145.

Ikonen, E.-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum Media Oy.

Konsensuslausuma 2014. Vanhuuskuolema. Duodecim 130 (5), 523–531.

Käypä hoito. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 4.4.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063>

Käypä hoito. 2012 Vanhus- ja dementiapotilaiden loppuvaiheen hoito. Viitattu 3.5.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

Laakkonen, M.-L. & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen toiveita. Teoksessa Hänninen, J.(toim.)Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Duodecim.

Lehto, J. 2013. Henkeä ahdistaa ja tukehduttaa - mikä avuksi? Teoksessa Hänninen, J & Luomala, M (toim.) Elämän puu. Helsinki: Otava, 136–141.

Molander, G. & Peräkylä, A. 2000. Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti. Viitattu 2.3.2014.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91496.pdf>

Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 11–23.

Pelkonen, R. 2013. Lääkäri ja kuolema. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Helsinki: Otava, 28–37.

Penttinen, J. 2004. Dementiapotilaan saattohoidon sokea piste. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Pitkälä, P. 2004. Vanhuksen kuolema. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 29–30.

Pöyhiä, R. 2013. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Helsinki: Otava, 128–135.

Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. 2014. Lääkäri saattajana. Helsinki: Duodecim.

Pälve, H. 2013. Teoksessa Seppänen, E. & Taipale, I. (toim.) Eutanasia. Helsinki: Into kustannus Oy, 211–277.

Saattohoidon asiantuntijaverkostohanke 2011-2012. Viitattu 24.2.2014.
http://www.dila.fi/files/764/Potilaan_ja_omaisten_tukimateriaali.docx

Saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011-2012. Viitattu 2.3.2014.
http://www.dila.fi/765/Saattohoito_opas.docx

Siltala, P. 2013. Työnohjaus auttaa saattohoitajaa jaksamaan. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Helsinki: Otava.

Saattohoito. Viitattu 29.3.2014.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Saattohoito>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu 6.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLE-12411.pdf

Tilvis, R. Pitkälä, K. Strandberg, T. Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Vainio, A., Syrjänen, J. & Laaksovirta, H. 2004. Muiden kuin syöpäsairauksien palliatiivisen hoidon erityispiirteitä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito; tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 163–181.

Vanhus potilaana. Terapia Fennica. Viitattu 5.4.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2003. Viitattu 29.4.2014.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2008. Viitattu 3.5.2014.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Voutilainen, P. & Tikkanen, P. 2010. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Yhteisvastuukeräys 2014. Viitattu 28.4.2014.

<http://yhteisvastuu.fi/fi/ajankohtaista/133-saattohoito-on-yhteisvastuun-2014-kotimaankohde>

HAASTATTELUT

Surakka, T. 2014. Johtaja. Pirkanmaan Saattohoitokoti. Haastattelu 3.3.2014.

Kokkola-Ahava, A. 2014. Johtaja. Kostiakoti. Haastattelu. 29.4.201.

YK:N KUOLEVAN OIKEUKSIEN JULISTUS

- Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä, muuttuuko sen tavoite.
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä, vaikka toivo muuttuisi.
- Minulla on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin.
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei ole enää paraneminen vaan hyvä olo.
- Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita, vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
- Minulla on oikeus sellaisten huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat tehtävänsä antoisaksi.

(ETENE 2002)

ETENE

- Vanhuksen kohtelu yksilönä on keskeinen eettisesti kestävän hoidon perusta. Hoito lähtee vanhuksen omista tarpeista ja toiveista, kunnioittaa hänen arvojaan ja arvostaa hänen näkemyksiään. Hoito suunnitellaan ottaen huomioon terveydentila ja toimintakyky, läheisten apu ja vanhuksen koko sosiaalinen verkosto.
- Hoito on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, ja se on suunniteltava kokonaisvaltaisesti. Hyvään hoitoon kuuluvat tutut, turvalliset ja ammattitaitoiset toimijat sekä riittävästi aikaa sen toteuttamiseen.
- Vanhuksella on oikeus osallistua hoitoaan ja hoitopaikkaansa koskevaan päätöksentekoon. Osallistumiseensa hän tarvitsee tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Vanhuksella on oikeus luottaa saavansa asianmukaista hoitoa ja palveluja arkensa kohtuullisten tarpeiden tyydyttämiseen. Pitkäaikaisessa hoitopaikassa vanhuksen toiveita, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava aivan kuin oltaisiin hänen kodissaan.
- Vanhuksella on oikeus turvalliseen lääkehoitoon. Monien oireiden kritiikitön hoitaminen lääkkeillä voi aiheuttaa merkittäviä haittoja. Sen sijaan harkittu monilääkitys voi lisätä hyvinvointia. Lääkehoitoa tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ja toistuvasti. Lääketutkimuksista saatavaa tietoa on vanhustenhoidossa sovellettava harkiten.
- Vanhuksille määrätään Suomessa runsaasti erilaisia psyykenlääkkeitä. Niitä on syytä käyttää vain niiden omien käyttötarkoitusten mukaisesti. Henkilöstön puutetta ei saa korvata psyykenlääkkeillä.
- Ikä sinänsä ei saa olla syy evätä jotakin hoitoa. Hoidon suunnittelussa on kuitenkin otettava huomioon, suurentavatko iän mukana tulleet sairaudet ja toimintakyvyn muutokset riskejä hoitojen ja yksittäisten toimenpiteiden haitoista. Niillä voi olla vaikutuksia hoitolinjapäätöksiin.
- Vanhuksella on oikeus yhteiskunnan tarjoamaan suojaan toisten hyväksikäyttöä ja itse aiheuttamaansa vahinkoa vastaan, kuitenkin kunnioittaen mahdollisuuksien mukaan hänen itsemääräämisoikeuttaan.
- Omaishoitajan asemaa tulee vahvistaa ja hänen jaksamistaan turvata. Omaisten ja läheisten mahdollisuutta osallistua vanhuksen hoitoon pitää parantaa erityisesti silloin, kun vanhus ei itse pysty sitä koskevaan päätöksentekoon.
- Vanhuksella on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Vanhuksen hoitotahtoa on kunnioitettava. Hoitolinjauksen päätökset on syytä tehdä hyvissä ajoin yhdessä ikääntyneen tai hänen läheistensä kanssa kunnioittaen vanhuksen omia toiveita ja elämänarvoja. Yksilöllisesti valitun hoitolinjan selkeä dokumentointi helpottaa hoitohenkilöstön työtä, vähentää omaisten ahdistusta ja lisää vanhuksen hyvinvointia.

HOITOTAHTO

Minä _____ (henkilötunnus)

olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, että joutuisin tilaan, jossa en kykene millään tavoin ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoa. Seuraavat rastitut (x) kohdat ilmaisevat tahtoni.

_____ Jos olen sairastunut tai vammautunut vaikeasti ja parantumattomasti minua ei saa elvyttää, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaa siihen, että minulla ei ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää.

_____ Jos olen sairastunut vaikeasti ja parantumattomasti, on minua hoidettava sairauden ennuste huomioon ottaen siten, että ei tehdä sellaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka vain aiheuttavat ja pidentävät kärsimyksiä.

_____ Minulle on aina annettava riittävä oireenmukainen hoito (esim. kipulääkitys) riippumatta sen vaikutuksesta elinaikani pituuteen.

_____ Päätettäessäni hoidostani pidän tärkeimpänä elämäni laadun varmistamista kuin pitkittämistä.

Lisäksi tahdon,
että _____

Paikka ja aika _____ Allekirjoitus _____

Täten todistamme, että yllä mainittu henkilö on omakätisesti allekirjoittanut tämän hoitotahtoasiakirjan ja ilmoittanut sen olevan hänen vakaa tahtonsa.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____ Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____ Nimenselvennys _____

<http://www.exitus.fi/pdf/hoitotahto.pdf>

Saattohoito-ohjeet Kostiakotiin



Kuva Taru Koivisto

1. Lukijalle:

Kuolevan ikääntyneen hoitotyössä tarvitaan lämmintä sydäntä ja myötäelämisen taitoa sekä ymmärrystä siitä, että arvokkaaseen kuolemaan kuuluu itsekunnioituksen ja itsearvostuksen säilyminen loppuun asti.

- Nämä ohjeet on tehty opinnäytetyönä, ja ne on tarkoitettu Kostiakodin henkilökunnan käyttöön. Ohjeet on tarkoitettu kuolevan asukkaan hyvän hoidon tueksi.

2. Kuolevan oikeuksien julistus

- Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä, muuttuuko sen tavoite.
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä, vaikka toivo muuttuisi.
- Minulla on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin.
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei ole enää paraneminen vaan hyvä olo.
- Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita, vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
- Minulla on oikeus sellaisten huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat tehtävänsä antoisaksi. (ETENE 2002)

3.Saattohoidon käsitteitä

Saattohoito

- Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen tarkoituksena on turvata jokaiselle kuolevalle hyvä ja yhdenvertainen saattohoito ja niissä korostuu kuolevan ihmisen arvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus.
- Saattohoidon keskeisiä periaatteita ovat kunnioitus asukkaan valintoja ja hänen arvokkuutta kohtaan, asukkaan tarpeista huolehtiminen ja perheen tukeminen.
- Saattohoidossa olevaa asukasta on hoidettava kokonaisvaltaisesti fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, hengellisestä ja henkisestä näkökulmasta.
- Saattohoito on lohdutusta sekä kuolevan saatavilla olemista kuoleman lähestyessä. Lohduttamisen keinoja ovat läsnäolo, koskettaminen ja puhuminen.
- Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea kaikin mahdollisin keinoin kuolevaa asukasta, hänen omaisiaan ja muita läheisiään.

Palliatiivinen hoito

- Palliatiivinen hoito tarkoittaa asukkaan aktiivista kokonaisvaltaista kärsimyksen lievittämistä ja elämänlaadun vaalimista. Kärsimys voi olla fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tai henkistä.
- Asukkaan omat toiveet, niiden huomioiminen ja omaisten kuuleminen ovat palliatiivisen hoidon lähtökohtia. Palliatiivinen hoito on saattohoitoa laajempaa ja se sijoittuu asukkaan aktiivisen hoidon ja saattohoidon välimaastoon.

Hoitotahto

- Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla asukas voi antaa hoitoa koskevia toivomuksia tai määräyksiä siltä varalta, että hän ei itse enää pysty käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, esimerkiksi tajuttomuuden, äkillisen onnettomuuden tai vanhuudenheikkouden takia.
- Asukkaan tahto voidaan selvittää keskustelemalla omaisten ja läheisten kanssa, jotka tuntevat hänet.
- Hoitotahdossa ilmaistu kieltäytyminen tutkimuksista ja hoidoista sitoo henkilökuntaa, paitsi jos voidaan olettaa asukkaan tahdon muuttuneen.
- Hoitotahdon voi tehdä vapaamuotoisena tai käyttää esimerkiksi Muistiliiton, Exitus ry:n (liite4) tai Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) mallilomaketta.
- Asukkaan tahto kirjataan hoitosuunnitelmaan.
- Asukkaan hoitotahtoa kunnioitetaan.
- Koko henkilökunta tietää hoitotahdon sisällön.
- Hoitotahto on hyvä tarkistaa aika ajoin vuoden ja merkitä hoitotahtoon tarkistamispäivämäärä.
- Asukkaita tulee rohkaista hoitotahdon tekemiseen.

Hoitoneuvottelu

- Hoitoneuvotteluun osallistuu asukas, lääkäri ja hoitajat. Myös omaiset voivat olla läsnä asukkaan niin toivoessa.
- Hoitoneuvottelussa tulisi selvittää toiveet ja tarpeet ja huomioida ne hoidossa.
- Lähestyvistä kuolemasta tulee keskustella.
- Hoitopäätösten tiedot tulee olla kaikkien asukasta hoitavien saatavilla.

Saattohoitopäätös

- Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös ja siitä päätetään yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai hänen edustajansa ja lääkärin kanssa. Sitä edeltää hoitoneuvottelut ja tieto siitä, että sairaus ei ole parannettavissa.
- Saattohoito alkaa vasta sitten kun saattohoitopäätös on tehty.

DNR

- Päätös elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate, DNR-päätös) on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan paineluelvytyksestä ja sydämen sähköisestä tahdistuksesta, jos sydämen toiminta pysähtyy.
- Päätöstä tehtäessä on lääkärin otettava huomioon asukkaan perussairauksien ennuste ja tiedot asukkaan elimistön jäljellä olevista voimavaroista. Tilanteessa arvioidaan erityisesti sitä, onko elvytyksestä asukkaalle enemmän hyötyä kuin haittaa.
- Päätös ei vaikuta asukkaan muihin hoitoihin.
- DNR -päätös merkitään asukkaan asiakirjoihin ja sen sisältö määritellään tarkasti, ja sen tulee olla kaikkien hoitoon osallistujien tiedossa.

4. Fyysiset Oireet ja niiden hoito

Kipu

- Jokaisella on oikeus kivuttomaan kuolemaan.
- Hyvällä kivun hoitamisella vältetään turhaa kärsimystä, parannetaan elämänlaatua ja lisätään elämänhalua.
- Kivun tunnistaminen asukasta kuuntelemalla, havaitsemalla, aistimalla sekä ymmärtämällä hänen sanallisia ja myös sanattomia viestejään, koska dementiaa sairastava asukas ei pysty ilmaisemaan sanallisesti kipuaan muistin ja heikentyneen puhekyvyn vuoksi.
- Kipua voidaan selvittää erilaisilla kipumittareilla.

- Kivun fysiologisia merkkejä ovat pulssin tai verenpaineen nousu, hikoilu, hengityksen kiihtyminen, erilaiset kasvojen ilmeet ja levoton liikehdintä.
- Erilaiset käytösmuutokset, kuten irvistely, huutelu tai pelokkuus voivat olla kivun ilmaisuja.
- Suurin osa kivuista on hallittavissa lääkkeillä, mutta kipuja voidaan lievittää myös asentohoidoilla, kylmä- ja lämpöhoidoilla, hieronnalla, keskusteluilla, aidolla läsnäololla ja rentoutuksella.
- Kuolevan potilaan kivunhoidossa ei katsota kelloa. Kivun lievittäminen ei saa olla kelon hoitamista. Kipua lievitetään, kun asukas kokee siihen tarvetta.
- Kivun säännöllinen seuranta ja kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on tärkeää.
- Jokaisella on oikeus kivuttomaan kuolemaan.

Hengenahdistus

- Hengenahdistus tuo turvattomuutta ja pelkoa asukkaalle.
- Hengitystä voidaan helpottaa lääkityksellä, asukkaan rauhoittamisella ja asentohoidoilla. Ilmavirran suuntaaminen kasvoille helpottaa oloa esimerkiksi pientä tuuletinta apuna käyttäen.
- Asentohoidossa asukas asetetaan vuoteessa puoli-istuvaan asentoon tai asetetaan vuoteessa niin, että huonommin hengittävä keuhko on alaspäin.
- Opioidit vaikuttavat hengityskeskukseen ja rauhoittavat asukasta.
- Hengenahdistus liittyy harvoin hapenpuutteeseen, joten hapenannosta ei juurikaan ole apua.

Limaisuus

- Limaisuus on yleistä huonokuntoisilla asukkailla.
- Hoitokeinona on limaneritystä lisäävien lääkkeiden vähentäminen ja vähiten oireita aiheuttavan asennon löytäminen.

Ravitseminen ja nesteytys

- Suurimmalla osalla loppuvaiheessa esiintyy ruokahaluttomuutta, aliravitsemusta ja pahoinvointia. Opiaattien aiheuttama pahoinvointi kestää yleensä neljä vuorokautta ja joillakin kuolemaan saakka.
- *Pahoinvointiin* auttaa usein tarjotut pienet ateriat ja pikkusuolaiset naposteltavat. Virvoitusjuomat, erilaiset kylmät ja kirkkaat liemet, sokeroitu jäätee ja mineraalivesi maistuvat parhaiten.
- Puoli-istuva asento ruokailun jälkeen helpottaa oloa.
- Kuoleman lähestyessä myös *nieleminen* hankaloituu. Nielemistä voidaan helpottaa tarjoamalla ruuat juoksevana ja juomat sakeutettuina.
- *Ravitsemukseen* kiinnitetään saattohoidossa erityisesti huomiota. Asukkaan omia toiveita voidaan noudattaa hankkimalla hänelle mieluisaa ruokaa.
- Jokaisen asukkaan kohdalla harkitaan ravinnon ja nesteen tarve yksilöllisesti.

- Kuoleman lähestyessä elimistön toiminta heikkenee vähitellen. Asukkaan janon ja nälän tunne vähenee.
- Laihtumisen syynä on usein elimistön kykenemättömyys käyttää ravintoa hyödyksi.
- Elimistö sopeutuu kuivumistilaan, jolloin perustoimintojen ylläpitämiseen riittävät en-
tistä pienemmät ravinto- ja nestemäärät.
- On perusteetonta aloittaa suonensisäinen tai nenämahaletku ravitseminen elämän loppu-
vaiheessa. Ravitsemuksellisia häiriöitä ei pystytä korjaamaan tehostamalla ravinnon
määrää.
- Käypä hoito -suosituksessa todetaan, ettei suonensisäinen nestehoito paranna kuolevan
elämänlaatua eikä lievitä janontunnetta, Annettu nestehoito voi lisätä kipua tai pahen-
taa sydämen vajaatoimintaa nesteen kertyessä kudoksiin.
- Omaisille on tärkeää selvittää ravinnon merkityksettömyyttä kuolevan näkökulmasta
ja että nieleminen voi olla asukkaalle niin suuri ponnistus, että se voittaa syömisen
tuottaman nautinnon.
- Omaisten on hyvä ymmärtää, että asukkaan yleistila heikkenee kuoleman lähestyessä.
Heitä huolestaa, että asukas kuolee, kun hän ei syö. Kuoleva ei kuole siksi, että hän
esimerkiksi lakkaa syömästä ja juomasta, vaan hän lakkaa syömästä ja juomasta siksi,
että hän kuolee. Omaisten kanssa on hyvä keskustella näistä asioista ja että *nesteytyk-*
sellä voi olla asukkaalle enemmän haittaa kuin hyötyä.

Suun kuivuminen

- *Suun kuivuminen* aiheuttaa pahanhajuista hengitystä, makuaistin muuttumista, haa-
vaisuutta, kipua sekä syljenerityksen vähenemistä.
- Suun kuivumista lievitetään suun säännöllisellä puhdistamisella. Oireita helpotetaan
kosteuttavilla geeleillä, keinosylkivalmisteilla sekä pienillä neste- ja ravintomäärillä.

Erittäminen

- Voimavarojen vähentyessä lähes kaikkia kuolevia vaivaa *ummetus*. Sitä aiheuttavat
vähäinen liikkuminen, niukka syöminen, vahvat kipulääkkeet, kuivuminen ja neurolo-
giset tekijät. Tarvittaessa sitä helpotetaan suolen toimittamisella.
- Kipulääkityksen lisääntyessä aloitetaan laksatiivien käyttö ennaltaehkäisevästi.
- *Virtsarakon tyhjentymisen vaikeus* hoidetaan katetroinnilla. Erittämiseen liittyvissä
häiriöissä hoitajan tulee kunnioittaa asukkaan intymiteettiä ja olla hienotunteinen.

Iho-oireet

- Iho-oireista yleisimpiä saattohoidossa ovat painehaavaumat ihon kutina ja hikoilu.
- *Painehaavaumat* syntyvät, kun kudoksen hapensaanti ei ole riittävä. Riittämättömään hapensaantiin vaikuttaa heikentynyt ravitsemustila, ihoon kohdistunut paine, liikuntakyvyttömyys ja iholla olevat eritteet, kuten hiki, virtsa, uloste ja ihon pesuaineet
- Yleisimmät paikat ovat ristiluun ja lonkkien alueella, mutta myös kantapää, kyynärpää, korvat ja olkavarret ovat tyypillisiä paikkoja.
- Asentohoidolla voidaan ennaltaehkäistä painehaavojen syntyä. Liikuntakyvyttömän asukkaan asentoa tulee vaihtaa 2–4 tunnin välein käyttäen tyynyjä asennon tueksi.
- Usein haavat ovat kivuliaita, joten haavasiteiden vaihdon yhteydessä asukas voi tarvita ylimääräistä kipulääkitystä.

5. Psykkinen tukeminen

- Psykkisistä oireista yleisimpiä ovat ahdistus, masennus, erilaiset pelkotilat, unettomuus ja delirium. Psykkiset oireet ovat monisyisiä ja usein asukkaalla on monia erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita samanaikaisesti. Usein nämä fyysiset ja psyykkiset oireet vaikuttavat toisiinsa: kipu lisää ahdistusta ja masennusta, ja masennus taas laskee kipukynnystä ja voi voimistaa kivun tuntemuksia.
- Usein tieto siitä, että kipuja voidaan lievittää, rauhoittaa asukasta.
- Hoitaja voi auttaa ahdistunutta asukasta kuuntelemalla ja olemalla läsnä.
- Keskustelutilanteen on oltava kiireetön ja rauhallinen.
- Loppuvaiheessa on tärkeää, että päivissä on sisältöä.

6. Hengellinen/Henkinen tukeminen

- Uskonnollisista tarpeista keskeisiä ovat tarve tehdä rauha Jumalan sekä toisten ihmisten kanssa, anteeksianto itselle ja toisille sekä elämän tarkoituksen löytäminen.
- Hengellisten tarpeiden huomiointi voi olla rukousta, raamatun lukemista, virsien veisaamista asukkaan toiveiden mukaisesti.
- Asukas on herkässä tilanteessa elämänsä loppuvaiheessa. On erityisen tärkeää kunnioittaa hänen vakaumustaan, vaikka se olisi täysin erilainen häntä hoitavan ihmisen kanssa.
- Läsnäolo asukkaan vierellä saa hänet tuntemaan turvallisuutta ja kokemaan, että hänestä pidetään huolta.
- Kuoleva saa kokea, että juuri tässä hetkessä hänestä välitetään ja juuri häntä varten ollaan olemassa.
- Asukkaalle pyritään aina järjestämään hänen omasta seurakunnastaan oleva työntekijä.
- Aina ei tarvita pappia tai muuta uskonnollisen yhteisön edustajaa hengellisten tarpeiden tai toiveiden täyttämiseen.
- Virret sopivat runomuodossaan jopa rukouksiksi. Virsikirjan lopusta löytyy rukous sairaan puolesta, rukouksia surussa sekä perinteiset isämeidän rukous ja herran siunaus.

7. Omaisten kohtaaminen

- Yhtenä kuolevan hoidon laadun takeena on se, miten hyvin omaiset otetaan mukaan hoidon kokonaisuuteen.
- Omaisille annetaan tietoa asukkaan tilanteesta.
- Kuolevan asukkaan läheisiä kannustetaan osallistumaan hoitoon. Läheisille kerrotaan, että he ovat tervetulleita ja heidän läsnäolonsa on tärkeää.
- Kuolemantapauksissa vainajan omaisille kerrotaan potilaan kuolemasta selkeästi ja rauhallisesti, jotta väärinkäsityksiä ei tapahtuisi.
- Kuoleman jälkeen omaista voi ohjata koskettamaan vainajaa ja antaa tilaa jättää rauhassa jäähyväiset.

9. Kuoleman lähestymisen merkit

- Ruokahalu heikkenee, ja lopulta nälän ja janon tunnetta ei enää ole.
- Suu kuivuu.
- Niekemiskyky katoaa.
- Hengitystiheys voi hidastua tai nopeutua ja muuttua pinnalliseksi.
- Nopean hengityksen jaksot saattavat vuorotella hengityskatkojen kanssa.
- Hengityskatkot voivat olla muutamasta sekunnista jopa yli minuutin kestäviä.
- Hengitys voi muuttua haukkovaksi.
- Limaa saattaa kertyä hengitysteihin, eikä kuoleva jaksa yskiä sitä pois.
- Syke on heikko, epäsäännöllinen ja nopea.
- Perifeerinen verenkierto heikkenee ja iho muuttuu kylmäksi.
- Ihon väri muuttuu kalpeaksi, harmaaksi, laikukkaaksi tai kellertäväksi.
- Lihasjänteys katoaa.
- Katse saattaa olla tuijottava ja lasimainen.
- Tajunnantaso laskee ja voi vaihdella äkillisesti.

8. Kuoleman kohdatessa Kostiakodissa

- Saattohoidossa on tavoitteena, että potilas voisi kuolla mahdollisimman oireettomasti, arvokkaasti ja turvallisesti.
- Kuolinhetkeksi kirjataan hetki, jolloin hengitys pysähtyi, sydän lakkasi toimimasta ja asukas ei reagoi enää kipuun.
- Toissijaisia merkkejä ovat ruumiin jäähtyminen, lautumat ja kuolonkankeus, joka kehittyy muutaman tunnin kuluttua kuolemasta.
- Vainajan kunnioittava kohtelu kuuluu hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Omaisille ilmoitetaan välittömästi asukkaan kuolemasta. Omaisten kanssa sovitaan, haluaisivatko he tulla tapaamaan vainajaa ja jättää hyvästejä.

9. Vainajan hoitaminen

- Saattohoito ei pääty kuolemaan vaan jatkuu vainajan hoitamisena.
- Vainajaa tulee käsitellä kunnioittavasti, rauhallisesti ja arvostavasti.
- Vainajaa hoidettaessa puhutaan seesteisellä äänellä, eivätkä hoitajat puhu tällöin omia asioitaan.
- Vainajan hoitamistilanteesta tehdään rauhallinen ja kaunis.
- Vainajan hoito tarkoittaa kuolleen asukkaan puhdistamista, siistimistä ja kaunistamista hänen uskontonsa ja kulttuurinsa ohjeiden mukaisesti viimeisiä hyvästelyjä ja hautaus- ta varten.
- Hoitaja varaa tarvittavat hoitovälineet, vainajan vaatteet sekä puhtaat lakanat.
- Exitussetit sijaitsevat liinavaatehuoneessa.
- Omainen voi osallistua vainajan hoitoon toiveidensa mukaan.
- Huoneen ikkuna avataan ja patteri suljetaan.
- Vainaja käännetään selkääsentoon ja sänky vaakatasoon.
- Tyynyt ja peitot laitetaan pyykkisäkkiin.
- Mahdolliset letkut ja katetrit poistetaan, samoin enimmäkseen sidokset haavoilta.
- Sänky suojataan eritteiden valumisen takia imukykyisellä suojalla.
- Vainajan virtsarakko tyhjennetään kevyesti virtsarakon päältä painamalla.
- Vainaja pestään vuodepesuin ja samalla vaihdetaan lakanat.
- Vainajan päälle puetaan omat ennalta sovitut vaatteet tai paperinen avopaita.
- Vainajan jalat sidotaan kevyesti sideharsorullalla nilkoista yhteen.
- Vainajan pään ympäri sidotaan sideharsorulla, jolloin suu pysyy suljettuna.
- Silmät suljetaan varovasti ja päälle asetetaan kosteat sideharsotaitokset.
- Vainajan hampaat pestään ja suu huuhdotaan, mahdolliset hammasproteesit asetetaan suuhun.
- Hiukset harjataan tai kammataan ja miesvainajan parta ajetaan.
- Vainajan kädet voidaan asettaa uskontoa kunnioittaen vainajan rinnalle ristiin tai ne voivat olla ruumiin sivulla suorina.
- Vainajan päälle asetetaan kertakäyttöinen lakana tai omaisen osoittama vainajan oma lakana. Lakanasta voi muotoilla ristin vainajan päälle.
- Vainajan rinnan kohdalle lakanan päälle voi asettaa muutamia kukkasia, vainajan sormukset tai raamatun.
- Perheen tullessa tapaamaan vainajaa on tärkeää, että vainaja näyttää levolliselta ja kauniilta.

10. Yhteystietoja omaisille

- *Kirkkoherranvirasto puh 040 7120560*
- *Pälkäneen kukkakäppä, Hautaustoimisto Murtoniemen palvelut puh 03 5343520*
- *Hautaustoimisto Murtoniemi, Kangasala puh 0400 776606*
- *Hautaustoimisto Seppo Kouhia, Pälkäne puh 040 8203030, 050 5125554*
- *Hautaustoimisto Erkki Toivari Luopioinen puh 040 3614304*

Pitopalveluita:

- *Kostian Kievari puh 03 5342491*
- *Pitopalvelu Morilea Oy Hannele Haataja puh 040 5876139*
- *Ravintola Liekki puh 03 5365400*
- *Leipomo Berit Kukko puh 0400 846640*

Muistotilaisuuspaikkoja:

- *Pälkäneen seurakuntatalo puh 040 7120560*
- *Luopioisten seurakuntatalo puh 040 7120560*
- *Keltainen talo puh 050 5679659*
- *Pälkäneen VPK:n talo, Pasi Munne puh 040 5348530*



Kuva Marja Lindholm